اضطرابات اللغة والكلام

الدكتور
قحطان أحمد الظاهر
قسم السمع والنطق / جامعة عمان الأهلية



الطبعة الاولى
2010

اضطرابات اللغة والكلام
الدكتور
قحطان أحمد الظاهر
وائل

اضطرابات اللغة والكــلام

الدكتور

قحطان أحمد الظاهر

جامعة عمان الأهلية / قسم السمع والنطق

دار وائل للنشر

الطبعة الأولى

٢٠١٠

رقم الايداع لدى دائرة المكتبة الوطنية : (٢٠١٠/١/١٩٧)

الظاهر ، قحطان
اضطرابات اللغة والكلام / قحطان أحمد الظاهر .
- عمان: دار وائل للنشر والتوزيع ، ٢٠٠٩ .
(٣٨٤) ص
ر.إ. : (٢٠١٠/١/١٩٧)
الواصفات: اضطرابات النطق / الكلام / علم الأصوات
* تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

****

رقم التصنيف العشري / ديوي : ٦١٦.٨٥٥
(ردمك) ISBN ٩٧٨-٩٩٥٧-١١-٨٧٤-٧

* اضطرابات اللغـة والكـلام
* الدكتور قحطان أحمد الظاهر
* الطبعـــة الأولى ٢٠١٠



دار وائـــل للنشر والتوزيع
* الأردن - عمان - شارع الجمعية العلمية الملكية - مبنى الجامعة الاردنية الاستثماري رقم (٢) الطابق الثاني
هـاتف : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣٨٤١٠ - فاكس : ٠٠٩٦٢-٦-٥٣٣١٦٦١ - ص. ب (١٦١٥ - الجبيهة)
* الأردن - عمـان - وسـط البـلد - مجمـع الفحيص التجــاري- هــاتف: ٠٠٩٦٢-٦-٤٦٢٧٦٢٧
www.darwael.com
E-Mail: Wael@Darwael.Com

بسم الله الرحمن الرحيم

[ربّ اشرح لي صدري ويسر لي أمري واحلل عقدة من لساني يفقهوا قولي]

صدق الله العظيم

سورة طه (آية٢٥-٢٨)

الإهداء

إلى بلدي الغالي العراق الجريح

محتويات الكتاب

المقدمـــــة

يتعرض هذا الكتاب إلى موضوع في غاية الأهمية، ألا وهو اللغـة والكـلام الـذي يعـد مـن أهـم الموضـوعات في حيـاة الفـرد وخصوصـا في المراحـل الأولى مـن حياتـه والتـي تحـدد بدرجـة كبـيرة قبولـه الاجتماعي لأن اللغة تعد الوسيلة الأولى للتواصل والتفاعل مـع الآخـرين، وللتعبـير عـن المعرفـه والأفكـار والإنفعالات. وأي خلل في اللغة أو الكلام سيؤثر بشكل سلبي في التواصل والتفاعل والقبـول الاجتماعـي . لذلك أعطي هذا الموضوع أهمية بالغة من كل مختص في هذا الموضوع أو من له علاقة به ومن ضـمنهم الآباء . وقد أدرك أولياء الأمور أكثر من أي وقت مضى أهمية اللغة والكلام في حياة أبنائهم . وهذا ما دفع الكاتب لطرق هذا الموضوع لما فيـه فائـدة لكثـير مـن شرائـح المجتمـع كالآبـاء والمعلمـين بشـكل عـام ومعلمي التربية الخاصة بشكل خاص ، كما أنه مفيد للغاية لطلبة السمع والنطق والتربية الخاصة .

وقد تكون المكتبة العربية بحاجـة إلى مثـل هـذه الكتـب اذ لم يكتـب كثـيرا في هـذا الموضـوع مقارنة بالمواضيع التربوية الأخرى .

تكون الكتاب من عشرة فصول، تعرض الفصـل الأول منـه إلى أهميـة اللغـة ومفهومهـا ونسـبة انتشار اضطربات اللغة والكلام .

أما الفصل الثاني فقد تعلق باللغة وكيفية اكتسابها والعوامل المؤثرة في ذلك والفرق بـين اللغـة المكتسبة واللغة المتعلمة، ونظريات نشأة اللغة، ونظريات اكتساب اللغة.

وغطى الفصل الثالث مراحل التطور اللغوي للطفل، والعوامل المؤثرة في التطور اللغوي للطفـل ، وكيفية تنمية اللغة عند الطفل .

وتطرق الفصل الرابع إلى تصنيف اضطرابات اللغة والكلام الذي يعتمد بناء وشكل ومعنى الكلمات ، والتصنيف الذي يعتمد السلوك .

وتعلق الفصل الخامس بأسباب اضطرابات اللغة والكلام وغطى العوامل البيئية والأسباب العصبية ، الأسباب العضوية ، والأسباب المرتبطة بالإعاقات الأخرى .

أما الفصل السادس فتعلق بقياس وتشخيص اضطرابات اللغة والكلام حيث غطى اجراءات تشخيص اضطرابات اللغة، واضطرابات النطق واضطرابات الصوت، وإضطرابات الطلاقة .

والقى الفصل السابع بظلاله على التدخل العلاجـي لإضـطرابات اللغـة والكـلام مبتـدءئا باللغـة فالنطق ثم الصوت وأخيرا الطلاقة .

وتعلق الفصل الثامن بأساليب تعديل السلوك المستخدمة في علاج اضطرابات اللغة والكلام .

أما الفصـل التاسـع فتعلـق بالتوجيـه والإرشـاد وتطـرق إلى تعريـف مفهـوم التوجيـة والارشـاد والعلاقة الارشادية وخصائص المرشد وأهم النظريات التي استخدمت في الإرشاد .

واختتم الكتاب بفصل عـن التواصـل غـير اللفظـي الـذي يـرتبط ارتباطـا وثيقـا بإرشـاد الأفـراد المضطربين لغويا وكلاميا .

وغطى ماهية التواصل غير اللفظي وأنواع التواصل غير اللفظي ووظائف التواصل غير اللفظـي، والعلاقة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي .

ارجو من الله ان أكون قد وفقت لما فيه الخير .

د/ قحطان أحمد الظاهر

الفصل الأول

- نظرة استهلالية
- المفاهيم الأساسية لاضطرابات اللغة والكلام والتواصل
- نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام

نظرة استهلالية

تعد اللغة الوسيلة الأساسية للتواصل، والتعبير عن الذات فهي مصدر أساسي لثقافة الأمة عـلى اعتبار ان اللغة هي نظام من الرموز متفق عليـه في ثقافـة معينـة وفـق تنظـيم وضـبط وقواعـد، فـنحن نستطيع أن نتعرف على تراث وثقافة الأمة من خلال اللغة لأنها انعكاس لها. فهي مهمة جـداً في الجانـب الفكري والاجتماعي والانفعالي.

وهي من الموضوعات المهمة والأساسية في حياة الأمم والشعوب، وسمة حضارية أصيلة ملازمـة في تفاعلاتهـا النفسـية والاجتماعيـة والثقافيـة والأدبيـة والسياسـية والتاريخيـة، ورابطـة قويـة في تماسـك الشعوب، وينبوع لا ينضب لإبداعات فكرها الأصيل.

وتعد اللغة من أهم المكونات الأساسية للروابط الاجتماعية ومن خلالها يتم تبادل الآراء والمعارف والعواطف .

إن الإنسان كائن اجتماعي، والتواصل اللغوي هو دليل وجوده، ولا يمكن العيش بدونه. وهناك علاقة وثيقة جداً بين اللغة والتفكير حيث عدت وجهان لعملة واحدة لذلك هناك من يرى أن التفكير لغة صامتة. فهي تجسد وجودية الإنسان فهذا ديكارت يقول أنا أفكر إذن أنا موجود.

ويرى فيكوفسكي كما جاء في الحمداني (١٩٨٢) ان اللغة والتفكير ينبعان من جذرين مختلفـين لكنهما يتوحدان لدى نمو الطفل. ويمكن القول ان العلاقة بينهما عضوية ديناميكية لا يمكن الفصل بيـنهما فلا يكون هناك تفكير بلا لغة ولا لغة بلا تفكير. فـالتفكير هـو كـلام غـير ظـاهر داخـل الفـرد أو حـديث باطني، والكلام هو تفكير ظاهري.

وبالرغم من أن اللغة الصوتية هي الوسيلة الأولى الشائعة بين بنـي البشرـ إلا أن هنـاك رسـائل غير لفظية بعضها يصاحب الكلام ، وبعضها الآخر مستقل عنه .

إن التواصل لا يقتصر على الإنسـان فقـط إذ يكـون هنـاك تواصـل بـين الحيوانـات عـن طريـق الصوت أو الحركة . ان اللغة كلمة فضفاضة واسعة ينطوي تحت إطارها اللغة المنطوقة، والمكتوبة، ولغـة الإشارة، ولغة برايل، ولغة أبجدية الأصابع، ولغة العيون،

والإشارات والإيماءات والتلميحات، وكل المسميات التي نراها هي بمثابة لغة فالكتاب والسيارة والمذياع والكرسي والقلم والباب والمقعد وغيرها هي لغة.

ولكن هناك فروق بين الصوت كوسيلة للإتصال والإشارة إذ يمكن التواصل بالأولى في الظلام ، لكننا لا نستطيع ذلك في الاشارات ، كما أن الصوت يمكن أن يشير إلى غير الموجود أو الغائب وغير المرئي ، بينما لا نستطيع فعل ذلك في الإشارات، كما يمكن أن يدلل الصوت بشكل عام على معاني مختلفة، ولا يمكن للإشارة فعل ذلك. ويمكن الإشارة خلال الصوت للبعيد زمانيا ومكانيا ، أي يمكن أن نتحدث عن التأريخ السحيق وأبعد نقطة في العالم ، بينما لا نستطيع فعل ذلك بالإشارات .

يدخل الكلام في دائرة اللغة، أي أن اللغة أكثر شمولا من الكلام، إذ تقوم الأولى على أصوات تقوم على قوانين صرفية ونحوية لتكون جمل ذات معنى. وهناك فرق بين الولد التفاحة أكل، وأكل الولد التفاحة إذ الجملة الثانية أوضح معنى لأنها خضعت للقانون النحوي والصرفي . لذلك فإن من خصائص اللغة الانسانية هو تعدد المستويات (المستوى الصوتي والمستوى النحوي والمستوى الصرفي) . اضافة إلى مرونتها وانتاجيتها وقدرتها على التعبير عن المجردات ، وتجاوز الزمن والمكان .

قد يكون الفرد متلقيا للكلام فقط ، ولا يكون فاعلا ليذوب الفرد في الشخصية اللغوية للمجتمع الذي ينتمي إليه، أو يكون فاعلا من خلال استخدام الكلام شفويا وكلاميا بطرقه الخاصة .

إن الله عز وجل كرم الإنسان باللغة المنطوقة "وعلم الإنسان الأسماء كلها، فهي خاصية إنسانية فضل بها خليفته على الأرض، وقد يتعرض الأفراد الى اضطرابات اللغة والكلام. ونتيجة لأهمية اللغة في حياة الإنسان بدأ الاهتمام بها ، وقد كانت الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا سباقتين في هذا المجال من خلال جهود فردية في بداية الأمر في أوائل القرن العشرين ، أطلق على المتخرجين اسم مصححي النطق .

أما البداية الحقيقية التي تعكس الاهتمام الفعلي لاضطرابات التواصل فكانت في عام (١٩٤٧) عندما أنشأت أول كلية مختصة بالتعامل مع اضطرابات التواصل في

بريطانيا، أعقبتها الولايات المتحدة الأمريكية عام (١٩٥٢) التي خرجت مجموعة من المختصين في هذا المجال والذي أطلق عليهم مصححي النطق والتي غيّر أسمها إلى الجمعية الأمريكية للسمع والنطق .

المفاهيم الأساسية لاضطرابات اللغة والكلام والتواصل

لابد من التفريق أولا بين مصطلحات اللغة والكلام والتواصل ، واللغة مفهوم كبير يشمل كل ما يحيط بنا من مثيرات لأنها تدلل على لغة ، أما اللغة المتعارف عليها كرموز خاصة والتي تحكم بقواعد خاصة قد تختلف عن اللغات الأخرى ، فمثلا اللغة العربية فيها من البلاغة ما لم نجده في كل لغات العالم .

وأي لغة في العالم تتصف بكونها وسيلة اجتماعية للتواصل، وللتعبير عن الأفكار والمشاعر والانفعالات، وتحكمها قوانين، كما أنها غير محددة الاستخدام، أي يمكن أن تتوالد، وهي الرابط بين الماضي والحاضر والمستقبل. ويمكن من خلالها أن نستشف الخصائص المميزة لأي بلد من جميع نواحي الحياة ، فمثلا نستطيع أن نتعرف إلى الخصائص الاجتماعية والدينية والاقتصادية والسياسية للقرن الرابع الهجري من خلال ما توفر من أدب يتعلق بتلك الفترة .

وعلى أية حال فاللغة كما تعرفها جمعية السمع والكلام الأمريكية American Speech and Hearing Association (ASHA) هي عملية معقدة وجهاز ديناميكي برموز متفق عليها تستخدم بأساليب متعددة للتواصل. ولا تنفصل أي لغة في العالم من التراث الثقافي والاجتماعي والتأريخي، كما أن لكل لغة مكونات تتعلق بالجانب الصوتي والنحوي والصرفي والدلالي والسياق الاجتماعي (البراجماتي).

أما الكلام فهو وسيلة التواصل الأساسية والتي تتطلب سلوكا حركيا وتناسقا عضليا عصبياً دقيقاً حيث تتحد أصوات الكلام بطرق مختلفة لتكون اللغة .

وهناك عناصر أساسية تؤثر في عملية الاستقبال وفهم مضمون الرسالة هي :-

- نوعية الصوت (Quality)
- السرعة (Rate)
- النبرة (Intonation)

والتواصل هي العملية التي تشتمل على اللغة والكلام ، وتتضمن عملية التواصل عناصر ثلاث هي المرسل والمستقبل والرسالة التي تتطلب تغذية راجعة .

إن عملية التواصل تتطلب إرسال رسالة واضحة واستقبال سليم فهي عملية تفاعل بين فرد أو آخر أو مجموعة ، أو بين مجموعتين وإذا حدث خلل في ذلك فسيؤول إلى عدم وضوح الرسالة ، وقد يجد المتلقي عناءً في فهم المقصود ، وقد لا تستلم كما هي بشكل كامل ، وقد يكون ذلك عندما يكون هناك خلل في اللغة أو الكلام أو كليهما .

قد يحدث التواصل بلا لغة منطوقة كالإشارات والإيماءات والحركات والعيون، ولغة إشارة، ولغة برايل. أما التواصل باللغة المنطوقة فيفترض أن تكون الرسالة مفهومة من خلال إرسالها بلغة سليمة. وقد يحدث الخلل في اللغة التعبيرية (Expressive Language) ، وتمثل اللغة المنطوقة والمكتوبة (التعبير الشفوي والكتابي)، واللغة الاستقبالية (Receptive Language) وهي اللغة غير المنطوقة فالطفل في بداية عمره يستجيب إلى المثيرات التي يراها ويسمعها فمثلا يدير رأسه نحو مصدر الصوت ، وبعدها يستجيب لما يطلب منه ، وقد يلتزم بالتعليمات التي تصدر إليه وغيرها كثير .

ولابد من التفريق بين اضطرابات اللغة واضطراب الكلام فالأولى هي مشاكل الفهم واستخدام اللغة للتواصل مع الآخر سواء كانت هذه اللغة منطوقة او مكتوبة والمتعلقة بالأصوات، التراكيب، النمط (القواعد)، الدلالة، والسلوك اللفظي (الذي يعد شكلا من أشكال التواصل) في السياق الاجتماعي والذي يطلق عليه Pragmatism .

أما اضطرابات الكلام فهي اضطرابات إنتاج الكلام والتي تتضمن اضطرابات النطق، اضطرابات الصوت، اضطرابات انسيابية الكلام (الطلاقة) (Stuttering) .

ولابد من التفريق بين دلالة المصطلحات التي استخدمت في مجال التربية الخاصة بشكل عام واضطرابات اللغة والكلام بشكل خاص، فقد استخدم مصطلح

(Impairment) ليدل على الضعف او العجز او الاعاقة فنقول مـثلا (Hearing Impairment) أي الاعاقة السمعية .

يشير وود (Wood,١٩٨٠) في هذا الصـدد واعـتمادا عـلى منظمـة الصـحة العالميـة أن مصـطلح (Impairment) تدل على الفقدان اوالشذوذ النفسي، او الضعف البنائي او القصور الوظيفي للأعضاء، فمثلا ضعف السمع يعني سمع ضعيف غير طبيعي، وهـذا لا يعنـي أن الفـرد غـير قـادر عـلى القيـام بأنشـطة الحياة اليومية، ولكن بإستخدام المعينـات السـمعية يسـتطيع أن يسـمع بشـكل مقبـول ، ويقـوم بالمهـام اليومية التي تتطلب سمعا بشكل عادي كما يفعل الأفراد السامعون.

أما مصطلح (Disability) فجاءت في حقل التربية الخاصة بمعنى العجز أو الاعاقة ، ويشير إلى القصور في أداء مهمات الحياة اليومية ، أي ليس بمقدور الفرد القيام بمهمة معينة وفق سياق اجتماعي معين ، فمثلا القصور السمعي عند الفرد لا يمكنه من التواصل مع الآخرين على التلفون حتى في حالة استخدام المعينات السمعية. في هذه الحالة يشكل الضعف عجزا في استخدام التلفون في التواصل مع الآخرين .

أما مصطلح (Handicap) فتعني أن للاعاقة تأثيرا يتجاوز الضعف أو العجز لتحول دون القيام بالمهام الاجتماعية والتربوية والمهنية بشكل مقبول كما يفعل الآخرون العاديون . على سبيل المثال الطفل الذي يعاني من فقدان السمع قد تشكل اعاقة تعليمية في حالة وجود ضوضاء في الصف حتى في حالة استخدام المعينات السمعية لأنه لا يستطيع ان يسمع جيدا وخصوصا النقاط المهمة من المعلم. وفي هذه الحالة يتطلب من المعلم مراعاة ذلك وابعاد أي شكل من أشكال الضوضاء قدر الإمكان .

أمـا مصـطلح (communication disorders) فتسـتخدم احيانـا مرادفـا لمصـطلح (impairment) وأحيانا أخرى بمعنى (disability) والتي تشير إلى القصور في التواصل سواء في الجانـب البنـائي أو الـوظيفي الأمر الذي يؤثر في المعنى أو الوضوح. ويكون اضطراب التواصل نتيجة للسمع أو الكـلام أو اللغـة، ولكـن وبطبيعة الحال لا يمكن الفصل تماما بين المتغيرات السابقة إذ أن هناك علاقة بين السمع والكلام واللغة .

وقد يرتبط اضطراب التواصل بالأسباب التي أدت إلى ذلك فقد تكون نتيجة لأسباب عضوية تحدث خلال عملية النضج. فالجلطة الدماغية تعد سببا عضويا يؤدي إلى اضطراب في التواصل أو قد يكون اضطراب التواصل وبشكل خاص انتاج الاصوات نتيجة لعدم التقارب الكافي بين الفم والأنف بعد عملية تصحيح سقف الحلق.

وقد يكون اضطراب التواصل نتيجة لأسباب وظيفية عندما لا يكون هناك سبب عضوي أدى إلى ذلك فمثلا قد يكون الاضطراب يتمثل في طبقة الصوت بالرغم من الأوتار الصوتية طبيعية. ولكن احيانا ليس سهلا أن نقرر أن سبب الاضطراب في التواصل عضويا أو وظيفياً .

وقد عرف فان ريبر(Van Riper) في سلفرمان (Silverman ,٢٠٠٤) اضطراب التواصل بأنه إنحراف ملاحظ في السمع واللغة والكلام عن الطبيعي والذي يؤثر في عملية التواصل ، ويجلب انتباه الآخرين أو يجعله واعيا بمشكلته .

يظهر من خلال التعريف أن هناك شرطين لكي نطلق عليه اضطراباً تواصليا الأول أن هذا الاضطراب يؤثر في عملية التواصل والثاني يجلب انتباه الآخرين، ويراه الفرد أنه غير عادي ، أي تجاوز حدود العادية . أما إذا كان كلامه ضمن الحدود العادية، ولم يجلب انتتباه الآخرين، كما أن الفرد نفسه لا يعده غير عادي فلا يكون اضطرابا تواصلياً . فمثلا الطفل الذي يكون عمره سنتين ولا يستطيع لفظ صوت الراء فهو لا يثير انتباه الآخرين ، كما أن الطفل لا يعده اضطرابا، ولكن عندما تكون هذه الحاله عند طفل عمره تسع سنين فهو يجلب انتباه الآخرين ، كما ان الطفل نفسه يدرك ذلك فيعد في هذا الحال اضطرابا تواصليا لأنه يؤثر في عملية التواصل. وذكر في التعريف كذلك انحراف ملاحظ في السمع ، والفرد الذي يكون فاقدا للسمع سيؤثر بالتأكيد في تطوره اللغوي إذ لا يستطيع هذا الفرد أن يكتسب اللغة الام خلال مرحلة الطفولة المبكرة، وتؤثر في هذه الحالة مكان الإصابة وشدتها، فإذا كانت الإصابة في الإذن الخارجية أو الوسطى ليست كالإصابة في الإذن الداخلية، وإذا كانت في الإذن الداخلية ليست كما

هو الحال في الخلل المركزي. كما أن شـدة فقـدان السـمع يـؤثر في اكتسـاب اللغـة الأمـر الـذي ينعكس على عملية التواصل .

أما اضطراب الكلام فهو الإنحراف الملاحظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة، وهي درجات متفاوتة فالأفونيا (Aphonia) ملاحظة لأن الفرد لا يستطيع انتاج الصوت، أو إذا كان الصوت عالياً جدا أومنخفضاً جداً أو عندما تكون طبقة الصوت عالية جدا أو منخفضة جدا . كذلك الحال بالنسبة لإضطرابات النطق أو إضطرابات الطلاقة، أو رنين الصوت .

أما الإنحراف الملاحظ في اللغة فهو القصور الواضح في الفهم أو التعبير عن الذات باللغة الأم .

إنّ اضطراب التواصل يمكن أن يؤثر في :-

- في التواصل بين المرسل والمستقبل .
- ويمكن أن يكون رد فعل المستقبل سلبياً .
- ويمكن أن تجعل الفرد يحمل صورة متدنية عن نفسه .

أما مصطلحا تأخر الكلام (Speech delay) والكلام المضطرب (Speech disorders) فالأول يشير إلى أن الطفل تأخر عن أقرانه في اكتساب اللغة، كأن لم يكتسب الكلمات الأولى في عامه الأول كأقرانه الآخرين .

أما المصطلح الثاني فإن الطفل اكتسب اللغة لكن لا يستطيع تلفظ الكلام بشكل صحيح كما يفعل أقرانه الذين يكونون بنفس عمره ، وقد يكون الاضطراب نطقيا أو فونولوجيا أو كلاهما .

ولابد من الاشارة أن اضطراب الكلام لا يكون على درجة واحدة فقد يكون بسيطا أو متوسطا أو شديداً على سبيل المثال عندما ينطق لفظة كتاب فيقول كتب فهذا اضطراب بسيط ، ولكن عندما يلفظها تتب فهذا اضطراب متوسط ، ويكون الاضطراب شديدا عندما يلفظها تب .

أما تأخر اللغة (Language delay) ويطلق عليه بشكل عام التأخر النمائي عند الأطفال، وهناك متغيرات عديدة للتاخر اللغوي منها ما يكون مادي ومنها ما يكون لمتغيرات بيئية متعددة .

أما العوامل المادية فتشمل ما يلي :

١- الاعاقة العقلية : ان القصور العقلي يؤثر بشكل سلبي في كيفية التعامل مع ما هو مستقبل من قبل الآخرين (المرسلين)، وبعبارة أخرى أن الطفل المعاق عقليا لا يعالج اللغة في ذهنه كما هو الحال بالنسبة للطفل العادي الأمر الذي يؤدي إلى تأخر اللغة عنده .

٢- السمع غير الطبيعي (ضعف السمع): حيث يؤثر فقدان السمع بشكل كبير جدا في تطور اللغة ، وقد تختلف درجة التأخر تبعاً لدرجة الخسران ، ويمثل المرحلة الأولى لإستلام اللغة من المرسل ، ولا يمكن بشكل عام أن يطور الطفل لغته ولديه مشاكل في السمع كما هو الحال بالنسبة للآخر السامع .

٣- تأخر النضج : وهو من العوامل التي تؤثر بشكل سلبي في تطور الطفل من جميع الجوانب، يكون أحدها اللغة ، إذ تسير عجلة التطور لهؤلاء الأطفال بخطى أقل من أقرانهم الآخرين، وقد يرتبط بالعوامل المتعددة التي رافقت تكوين الطفل كوضع الأم من الناحية العضوية والصحية والنفسية فضلا عن عوامل أخرى كتغذية الأم خلال فترة الحمل وخصوصا في المرحلة الامبرونية، وهل الطفل مرغوب من قبل الوالدين، وهل الأم صحية قبل عمل الطفل أو لا ، والعلاقة بين الأم والأب خلال فترة الحمل، وهل تعرضت الأم إلى أمراض خلال فترة الحمل، وغيرها من العوامل التي تؤثر في تكوين الجنين .

٤- صعوبات التعلم : إن القصور في العمليات النفسية كالتذكر والانتباه والادراك التي تكون في الغالب نتيجة لخلل أو اصابة الدماغ تؤثر بشكل سلبي في التطور اللغوي للطفل . وبالرغم من هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عادية إلا أنهم قد يتأخرون عن أقرانهم في اللغة .

٥- الشلل الدماغي:وهو من الأسباب الرئسية التي تؤثر في تطور اللغة عند الأطفال إذ لايساعد القصور الحركي على استخدام اللغة بشكل سليم وخصوصا اللغة المحكية

٦- الأسباب الجينية والتي تسبب متلازمات كزيادة كروموسوم أو نقصان كروموسوم فمثلا عند زيادة الكرموسوم الإنثوي ليكون (xxy) وفي هذه الحالة يطلق عليها متلازمة كلاينفلتر (Klinefelter,s Syndrome) والتي تؤدي إلى تأخر لغوي كلامي (الظاهر،٢٠٠٨) .

٧- التوحد : يعد التأخر اللغوي من المظـاهر الرئيسـية لحـالات التوحـد وخصوصـا التوحـد التقليـدي لكانر حيث يتبادر إلى الذهن لأول وهلة عندما تلتقي هؤلاء الأطفال بأنهم بكم لأن الكثـير مـنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة كذلك غير المنطوقة ، كما يتصفون بقصـورهم الواضـح في التعبـير إذ يصعب عليهم بناء الجمل الكلامية ، ويعكسون الضمائر فيقول الطفل المصاب بالتوحد مـثلا انـت بدلا من أنا أو العكس (الظاهر،٢٠٠٩) .

هذه هي أهم العوامل المادية التي تسبب التأخر اللغوي ، أما الأسباب البيئية التي تسبب التأخر اللغوي فهي :

١- الحالة الثقافية للوالدين حيث تكون البيئة التي يعيش فيها الطفل غير محفزة لإستنهاض الكوامن الذاتية له .

٢- تعلم لغتين في آن واحد قد يؤدي إلى أن الطفل يتأخر في كلتا اللغتين وخصوصا عندما يتـزوج الأب بإمراة أجنبية لا تعرف العربية ، فهو يتكلم العربية مع طفله التي تعد لغة الأم (اللغة الطبيعية)، بينما تكلمه الأم اللغة الاجنبية والتي تعد بالنسبة لها لغة الأم (اللغة الطبيعية) وبالتالي قد تـؤدي هذه الحالة إلى تأخر الطفل لغوياً في كلتا اللغتين .

٣- عدم فسح المجال الكافي للطفل لاستخدام اللغة عندما يكون لدية أخوة بعمره أو قريبين من عمره ، ويأخذون دوره كلما أراد التكلم وخصوصاً عندما تكون هذه الحالة مستمرة .

٤- عيش الطفل مع أحد الأبوين وخصوصا عندما يكون مع الأب إذ يكون في أغلب الحالات مشغولا عنه إما بأعماله المهنية أو علاقاته الاحتماعية، وهذا الحال لا يلبي الغريزة الموروثة لإكتساب اللغة ، لأن اللغة كما يقول جامسكي(Chomsky) موروث فطري تتطلب بيئة صحية لكي تنمو وتزدهر، وبدون البيئة الصحية لا يمكن للطفل أن يكتسب اللغة كأقرانه الآخرين الذين يتمتعون بجو صحي يساعد على إكتساب اللغة الأم .

٥- الأمراض التي تصيب الوالدين وخصوصا الأم أو الأمراض التي يتعرض لها الطفل قد تحد من درجة التطور اللغوي له .

٦- عوامل الفراق والطلاق والخصام قد تؤثر سلباً في التطور اللغوي للطفل لأن الطفل يحتاج إلى العيش في بيئة صحية بعيدة عن الخصومات والخلافات، ولكي يكون الوالدان مهيئين بشكل كامل لتلبية حاجات الطفل الجسمية والعقلية والاجتماعية والانفعالية .

٧- الحالة الاقتصادية والاجتماعية إذ تعد من العوامل التي تؤثر في تطور الطفل من جميع المجالات، فقد يترك الطفل لوحده فترات طويلة لأن الوالدين يخرجان من الصباح إلى ساعة متأخرة من اليوم لكسب القوت وخصوصاً في الطبقة الاجتماعية الدنيا ،الأمر الذي يؤدي إلى عدم تواصل الطفل بشكل كافٍ مع أهم الأفراد في حياته كحال الأطفال الآخرين مما قد يسبب تأخرا لغوياً .

٨- التركيز على مواطن القصور الأخرى غير اللغة فعلى سبيل المثال لنفرض أن الطفل لديه قصور حركي، ويركز الولدان بشكل أساس على هذا القصور دون إعطاء أهمية للتطور اللغوي الأمر الذي يؤدي إلى تأخر الطفل لغوياً .

أما إضطراب اللغة (Language disorder) فتشير الجمعية الأمريكية للغة والكلام والسمع (The American Speech- language- Hearing Association) إلى حدوث ضعف أو انحراف في الاستيعاب والاستخدام للمحكي والمكتوب والأنظمة الرمزية الأخرى . يظهر ذلك من خلال شكل اللغة (الفونولوجيا والتركيب والنحو أو محتوى

اللغة (الدلالة) أو وظيفـة اللغـة في التواصـل أو مـا يطلـق عليهـا اللغـة الاجتماعيـة (Pragmatic system) وبعبـارة أخـرى الشـكل والمحتـوى والاسـتخدام (American Speech – Language-Hearing Association,١٩٨٢,P.٩٤٩)

أما مصطلح عسر التلفظ (Dysarthria) فهو اضطراب في الكلام نتيجة للقصور الوظيفي العصبي العضلي . وهو انماط متعددة بعضها يؤثر في اجزاء صغيرة من أجهزة إنتاج الكلام ، وأخرى تؤثر في الأجهزه كلها .

يؤثر عسر التلفظ في معظم مكونات انتاج الكلام ، التنفس ، الصوت ، الـرنين، الـتلفظ. يـرتبط عسر التلفظ عند الأطفال بشكل عام بالشلل الدماغي ، أمـا عنـد الراشـدين فيرتـبط بحـادث دمـاغي مخـي أو مرض عصبي تنكسي، وغالبا ما تؤدي المشاكل العصبية العضلية إلى مشاكل في البلع اضافة إلى المشـاكل في الكلام . اما انماط عسر التلفظ فهي الرخـو (Flaccid) والتشـنجي (Spastic) والترنحـي (Ataxic) وذوالحركـة الهافتة (Hypokinetic) والحركي المفرط (Hyperkinetic) والمختلط (Mixed) .(Gillam,Marquardt&Martin,٢٠٠٠)

أما مصطلح الابراكسيا (Apraxia) فتعني بشكل عام مشاكل في جزء من الجسم كإن تكون في الأطراف العليا أو الأطراف السفلى .

أما الأبراكسيا في الكلام فهو اضطراب كلامي حركي ، وقد يكون لخلل في جزء من الدماغ المسؤول عن الكلام. لقد استخدمت مصطلحات أخرى لتدل على ابراكسيا الكلام مثل ابراكسيا الكلام (Apraxia of Speech) أو الابراكسيا المكتسبة للكلام (Acquired Apraxia Speech) أو الأبراكسيا اللفظية (Verbal Apraxia) أومصطلح (Dyspraxia) . يتصف الأفراد الذين يعانون من الابراكسيا بصعوبة تتابع الأصوات والمقاطع والكلمات ، ويحدد شدتها طبيعة الخلل في الدماغ .

إن هؤلاء الأفراد يعرفون الكلمات التي يريدون قولها في أذهانهم لكنهم يجدون صعوبة في تنظيم حركة العضلات الضرورية للنطق بها ، وقد ينطق شيئا يختلف بالكامل عن المقصود ، فمثلا عندما يريد أن يقول كلمة (Kitchen) ينطقها (bipem) وقد يحاول

ثانية تصحيح الخطأ لأنه يدرك ذلك، وربما يفلح في ذلك ، أو قد يقول شيئاً آخر مختلف تماما عن المقصود .

تتدرج الابراكسيا من البسيط إلى الشديد .

وعلى أيه حال يتصف الأفراد المصابون بالأبراكسيا بما يلي :-

١- صعوبة تقليد أصوات الكلام .

٢- صعوبة تقليد الحركات التي لا يقصد منها الكلام كإخراج اللسان .

٣- التعثر عند محاولتهم إنتاج الأصوات .

٤- أخطاء غير متماثلة .

٥- في بعض الحالات وخصوصاً الشديدة لا يستطيع إخراج الأصوات بشكل كامل.

٦- معدل الكلام بطيء

٧- في بعض الأحيان يظهر الكلام الببغاوي (الأصم) مثل تكرار جملة كيف حالك؟

ويمكن أن ترتبط الأبراكسيا بعسر التلفظ (Dysarthria) والأفيزيا (Aphasa) .ويستطيع المختص الكلامي اللغوي تقييم ذلك ، ويحدد طبيعة وشدة الأبراكسيا ، كما يمكنه التحقق من وجود ضعف في العضلات أو صعوبات في البلع (Silverman,٢٠٠٤)

نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام

إن نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام محل اهتمام شرائح متعددة كأولياء الأمور والمهنيين في هذا المجال والباحثين وصانعي السياسة . إذ ترتبط النسبة بالخدمات المقدمة في التقييم والتدخل .

ليس من السهل تحديد نسبة الانتشار بشكل دقيق للإضطرابات اللغوية والكلامية للأسباب الآتية :-

١- تتطلب نسبة الانتشار، بأرقام دقيقة ، تعريفا مقبولا لحالة معينة وطرق كشف دقيقة لتقرير ما إذا كان لدى الطفل اضطرابات لغوية أو كلامية أو لا. إذ أن اضطرابات اللغة والكلام حالات تطورية معقدة مع علامات سلوكية مختلفة.

٢- وتوجد احصائيات رسمية قليلة، وكيف نحدد على أفضل حال هذه الاضـطرابات، وهـل يوجـد مقياس عالمي متفق عليه يحدد بالدقة هذه الاضطرابات بفروعها .

إن أشـهر المحكـات الموجـودة والمعروفـة عالميـا هـي دليـل رابطـة الطـب النفسيـ الأمريكيـة (American Psychiatric Association,٢٠٠٠) ودليـل منظمـة الصحة العالميـة (World Health Organization,١٩٩٤) التـي تضـمنت تعريفـات ومعـايير اضـطرابات اللغـة والكـلام المختلفـة ، ولكنهما ليستا صالحتين بشكل كامل ، كما أنهـما لا يـتماثلان بالكامـل في البحـث أو التـدريب الأكلينيكي (Johnson & Beitchman,٢٠٠٦) .

٣- يجب أن تعتمد عملية تخمين نسـبة الانتشـار عـلى عينـات مجتمعيـة ممثلـة وكبـيرة لتحديـد الأطفال المضطربين لغويا وكلامياً . إن العينات الإكلينيكية التي استخدمت لتحديد نسبة الأفراد المضطربين لغويا وكلاميا لا تدعو إلى التفائل. وقد تتخلل هذه العينات نسبة خطأ في الإحالة .

٤- ان طبيعة الاضطرابات اللغوية والكلامية متغيرة وغير ثابتة ، إذ قد تتغير عبر الزمن وعلى سـبيل المثال التأتأة قد تتلاشى بمرور الزمن تلقائياً .

ويمكن أن نتطرق إلى ثلاثة محاور تتعلق بنسبة انتشارأنواع الاضطرابات وهي :-

أ- **اضطرابات اللغة :**

من الصعوبة تحديد نسبة انتشار هذه الاضطرابات بدقة لأنها كثيراً ما تحدث مرافقة لإعاقات أخرى كالإعاقة العقلية وإصابة الدماغ ، والتوحد، وصعوبات التعلم. والجدول الآتي يوضح العوامل المرتبطة باضطراب اللغة في مرحلة الطفولة.

جدول (١) يوضح الأسباب المرتبطة بالاضطرابات اللغوية في مرحلة الطفولة (Nelson,١٩٩٨)

١- العوامل المرتبطة بالجهاز العصبي المركزي Central factors مثل (الدماغ) تلف أو قصور في الأداء الوظيفي	أ- عجز لغوي خاص ب- التخلف العقلي ج- التوحد د- نقص الانتباه المرتبط بالنشاط الزائد المضطرب هـ- إصابة الدماغ المكتسب (البيئي) و- عوامل أخرى.
٢- العوامل المرتبطة بالجهاز العصبي المحيطي Peripheral factors	أ- الإعاقة السمعية ب- الإعاقة البصرية ج- الأصم وكف البصر د- الإعاقة الجسدية
٣- العوامل الانفعالية والبيئية Environmental and Emotional factors	أ- الإساءة والإهمال ب- مشكلات التطور الانفعالي والسلوكي
٤- الإعاقات المختلطة التي يمكن تتكون من العوامل الثلاثة السابقة (Mixed factors)	

يظهر الأطفال المضطربون لغويا مشاكل في التواصل مع الآخـرين خـلال التعبـير عـن حاجـاتهم ونقل أفكارهم، وما يجول في خاطرهم بالرغم من قدراتهم السمعية العادية أحيانا وذكائهم غـير اللفظـي والتطور العام . لكنهم يتأخرون في الكلام عن أقرانهم الذين هم بنفس أعمارهم . فيتصف هؤلاء الأطفـال بقلة خزينهم من الكلمات والجمل غير الكاملة ، والقصور الواضح في المحادثـة وسرد القصـص. ويمكـن أن تكون صعوباتهم في اللغة التعبيرية مرتبطة بمشاكل في اللغة الاستقبالية، ويعـانون مـن صـعوبات في فهـم الكلمات والجمل والمحادثة وسوف نتطرق إلى ذلك بالتفصيل.

الحقيقة أن المعيار الشامل الرئيسي لهذا الاضطراب هو أن الانجاز اللغوي هو أقل مما هو متوقـع بـنفس أعمارهم على الاختبارات المعيارية أو المقاييس الذاتية لقدراتهم اللغوية.

وقد توجد مشكلات حول هذا المعيار متصلة بتعريفه الذي يركز على درجات التوزيع الطبيعي لتخمين نسبة الانتشار . ومن هذه المشكلات :-

- إن نسبة الانتشار محددة بشكل مسبق من خلال قيمة محددة كـما هـو الحـال بالنسـبة للإعاقـة العقلية التي تبدأ بإنحرافيين معياريين ، كذلك الحال بالنسبة للاضطرابات اللغوية يمكن أن تحـدد بإنحرافين معياريين على مقياس لغوي . وذلك يؤثر في نسبة الانتشار . ولتوضيح ذلك بمثال آخـر في الولايات المتحدة الأمريكية لا يتفقون على معيار واحد في تعريف الموهـوبين ففـي ولايـة كارولينـا الشمالية يعرف الموهوب بأنه الطفل الذي يقع ضمن أعلى (١٠%) أي بمسـتوى ذكـاء(١٢٠) مـن مجموع طلبة مدارس المنطقة التعليمية على اختبارات الذكاء والتحصيل والسمات السلوكية، بينما في كليفورنيا يكون الطفل موهوبا إذا كان ضمن أعلى (٢%) وفي ولايـة بونيتكـت (٥%) (الظـاهر، ٢٠٠٨).

وبهذا تختلف النسبة اعتمادا على المعيارالمستخدم إذ تكون النسبة في ولاية كارولينا أكـثر بكثـير مـن نسبة ولاية كليفورنيا .

- إن عملية القطع لا تراعي العمر الزمني وخصوصا في الإضطرابات اللغوية لأنه غالبا ما تقل هذه الاضطرابات مع تقدم السنين .
- كما توجد فروق في درجة الاضطراب ، فهناك نوع ودرجة ، وقد يعطى ذلك اهتمام لكي نكون دقيقين في تحديد الاضطرابات .
- كما أن النسبة تزداد في حال عدم استخدام قياس الذكاء غير اللفظي ، كذلك عندما يكون تداخل بين اضطرابات اللغة وإضطرابات التواصل الأخرى والاضطرابات التطورية الأخرى .

على أية حال، لقد استعرض لوو وبويلي وهاريس وهاركنس ونيبي (Law, Boyle, Harris, Harkness, & Nye,٢٠٠٠) البحوث التي تعلقت بنسبة إنتشار اللغة إلى حد عام (١٩٩٧) ، وتوصلوا إلى أن النسب تختلف بشكل كبير جدا اعتمادا على عمر الأطفال والمعيار المستخدم لتحديد حالات اضطرابات اللغة .

وأجرى هوارتز وايروين وبيرج-كوان وحنين وامانديزو وكارتيت (Horwitz, Irwin, Brygg-Goran, Henen, Mendoza & Carteet, ٢٠٠٣) دراسة حول نسبة انتشار اضطرابات اللغة التعبيرية للأطفال الصغار للأعمار ما بين (١٨-٣٩) شهراً. وتوصلت إلى أن نسبة إنتشارهم كالآتي :

- (١٣.٥%) لأعمار (١٨ -٢٣) شهراً .
- (١٥%) لأعمار (٢٤-٢٩) شهراً
- (١٨%) لأعمار (٣٠-٣٩) شهراً .

بينما توصل بتشجمان وناير وكليج وباتل (Beitchman,Nair,Clegg,&Patel ,١٩٨٦) إلى أن نسبة انتشار اضطرابات اللغة لأعمار خمس سنوات (١٢.٦%) مستخدما تعريفا لم يستبعد الإعاقات الأخرى ، ولم يستخدم اختبارات غير لفظية .

في حين توصل تومبلين وآخرون(Tomblin ,et al ,١٩٩٧) إلى أن نسبة انتشار الإضطرابات اللغوية لأعمار (٦-٧) سنوات كانت (٧.٤%) ولم يستبعد هو الآخر الإعاقات الأخرى، ولم يطبق اختبارات غير لفظية. علما أن الاضطرابات بشكل عام تقل بتقدم السنين.

وقد نجد صعوبة للمقارنة بين هذه الدراسات لإختلاف المعايير المستخدمة .

وعلى أية حال يمكن القول أن الاضطرابات بشكل عام متغيرة وخصوصا في مرحلة الطفولة المبكرة ، ولكن قد يكون معدل بقاءها أكثر في المراحل اللاحقة .

ب- اضطرابات أصوات الكلام (Speech Sound Disorders)

يظهر الأطفال مشاكل في تلفظ الأصوات لأسباب متعددة منها ما يتعلق بالحواس كفقـدان السـمع أو في البناء مثل سقف الحلق المفتوح، أو عصبي كالشلل الدماغي. والأطفال الذين لديهم اضطرابات في نطق الأصوات غالبا ما يظهرون معدلا أبطأ في اكتساب الكلام . وقد يجد المستمعون صعوبة في فهم كلامهم .

تحتاج اضطرابات الكلام إلى تحديد دقيق لكي نستطيع التوصل إلى نسب انتشار دقيقة، حيث استخدمت محكات ومقاييس مختلفة، وفرعية منها لتحديد صعوبات الكلام.

لقد لخص لوو وبويل وهاريس وهاركنس ونيي (Law.,Boyle, Harriss, Harknes, & Nye ,٢٠٠٠) البحوث التي تعلقت بإضطرابات الكلام لغاية عام (١٩٩٧) ولم يجد دراسات بحثت اضطرابات الكلام لأقل من خمس سنوات، وإنما وجد دراسات بحثت اضطرابات الكلام لأعمار خمس سنوات فأكثر، ووجد تفاوت كبير في نسب الإنتشار حيث تراوحت نسب الإنتشار ما بين (٢.٣%) كأقل نسبة إلى (١٤.٥%) كأعلى نسبة. وقد تتأثر هذه النسب بالطرق المختلفة المستخدمة في تحديد اضطرابات الكلام .

وتعد دراسة كامبل وآخرون (Campbell ,et al ,٢٠٠٣) أحدث من الدراسة السابقة إذ تطرقت لأعمار ثلاث سنوات، وتوصلت إلى أن نسبة إنتشار اضطرابات الكلام وصلت إلى (١٥.٦%) .

وقد نجد الفرق كبيراً جدا عند مقارنة هذه الدراسة بدراسة مك كينون ومكلويد وريلي (McKinnon , McLeod & Reilly,٢٠٠٧) التي استخدمت اجراءات تحديد حذرة ، وتوصلت إلى أن نسبة انتشار اضطرابات أصوات الكلام بلغت (١.٠٦%) لعينة قوامها (١٠٤٢٠) فردا من الروضة إلى الصف السادس الإبتدائي . علماً أن النسبة قلت كلما تقدم العمر .

وتوصلت دراسة أخرى إلى أنَّ نسبة الانتشار بلغت (٠.٥%) لإضطرابات الكلام واللغة بينما وصلت نسبة الانتشار في دراسة أخرى إلى (٤.٦%) (Broomfield & Podd, ٢٠٠٤)

يلاحظ التفاوت الكبير بين الدراسات السابقة في نسب الانتشار حيث وصلت في دراسة كامبل وآخرون (Campbell ,et al ,٢٠٠٣) إلى (١٥.٦%) .

بينما وصلت النسبة في دراسة مك كينون ومك لويد وريلي (McKinnon ,McLeod &Reilly,٢٠٠٧) إلى (١.٠٦%) ، في حين أشار (Broomfield&Podd,٢٠٠٤) إلى نسبة (٤.٦%) .

ج- اضطراب التأتأة أحد اضطرابات التواصل الذي سوف نوضحه بإسهاب .

قد نجد صعوبة في تحديد اضطراب الطلاقة وخصوصا في المراحل المبكرة من عمر الأطفال فقد يكون هناك خلط بين الإعادة والتردد، أو بين التركيز على التأتأة ومظاهرها.

لقد أجرى كرايج وهانكوك وتران وكرايج وبيترز (Craig, Hancock, Tran, Craig, & Peters ,٢٠٠٢) دراسة للتعرف على نسبة انتشار اضطراب الطلاقة (التأتأة) في المجتمع الاسترالي لعينة تشتمل على مختلف الأعمار بلغت (٤٦٨٩) أسرة تحتوي على (١٢١٣١) فرداً . وقد وصف الباحثون التأتأة للأسر وخصائصها ، وطلب من الأسرأن يزودوهم بمن لديه خصائص تأتأة في الأسرة . وبعدها تم التحقق من وجود تأتأة من خلال مسجل.

توصل الباحثون أن نسبة انتشار التأتأة أقل من (٠١%) ، وتختلف النسبة حسب العمر حيث كانت (١,٤%) للأعمار ما بين (٢-١٠) سنوات و(٠.٣٣%) للراشدين .

يشير سلفرمان (Silverman ,٢٠٠٤) في هذا الصدد إلى أن التأتأة اضطراب معروف وشائع في الولايات المتحدة الأمريكية ، ويشكل (١%) من المجموع العام ، وعادة ما يبدأ ما بين عمر (٣-٥) سنوات ، لكنه لا يقتصر على ذلك فقد يبدأ في أي مرحلة عمرية حتى في مرحلة الرشد . أما ما يتعلق بالفرق بين الذكور والاناث فقد أشارت الدراسات كما يقول سلفرمان إلى ان النسبة إما بين (٣: ١) أي كل ثلاثة اولاد مقابل بنت واحدة ، أو بين (٥ : ١) أي كل خمسة أولاد يقابل بنت واحدة .

ويذكر كويتار (Guitar,٢٠٠٥) أن نسبة الأفراد الذي يتوقع معاناتهم من التأتأة في وقت واحد من حياتهم حوالي (٥%) ، وتبدأ التأتأة بأعمار مبكرة ، وتكون نسبة الأولاد إلى الإناث ثلاثة إلى واحد في الصف الأول وخمسة إلى واحد في الصف الخامس.

ولابد من الإشارة إلى أن التأتأة قد تكون طبيعية وخصوصاً بين عمر سنة ونصف وست سنوات ، وقد تصل النسبة للطفل الطبيعي قبل سن المدرسة إلى ١٠ - ٢٥% .

وأشار مك كينون وآخرون (McKinnon et al ,٢٠٠٧) إلى أن نسبة الانتشار من الروضة إلى الصف السادس الابتدائي بلغت (٠.٣٧%). وهي قريبة جدا من نتائج دراسة كرايج وآخرون (Craig , et al ٢٠٠٢) لكنها تختلف عن النسبة التي ذكرها كويتار (Guitar,٢٠٠٥) .

وقد تختلف نسبة انتشار الاضطرابات وفقا للغة أو الكلام فيشير(١٩٩٤ .Matthews, and Frattali, إلى أن ١٠-١٥% من الأطفال ما قبل المدرسة و٦% من المتعلمين في المرحلة الابتدائية والثانوية لديهم اضطرابات كلام، وحوالي ٢-٣% من أطفال ما قبل المدرسة و١% من أعمار المدرسة لديهم اضطرابات في اللغة.

يتطلب فهم اضطرابات اللغة والكلام معرفة التطور اللغوي الطبيعي (العادي).

وعلى أية هناك عوامل تؤثر في نسبة انتشار اضطرابات اللغة والكلام هي :-

١- العمر الزمني : حيث تزداد اضطرابات اللغة والكلام في مرحلة الطفولة المبكرة ثم تقل بتقدم العمر نتيجة للتعلم والنضج، كما يمكن أن يتعرض الفرد لبرامج علاجية أو استشارات الأهل في كيفية التعامل مع الاضطرابات .

٢- هل يعاني الفرد من إعاقة أو فقط لديه اضطراب نطقي، إذ أن الأفراد الذين يعانون من إعاقات كالعقلية والسمعية والتوحد تكون نسبة اضطرابات اللغة والكلام أكثر من غيرهم .

٣- الوضع الصحي للطفل : إن الوضع الصحي يؤثر بشكل عام في النمو والتطور إذ أن الطفل الذي يعاني من علل صحية لا يمكنه أن يتطور كحال الأطفال الآخرين، والتطور اللغوي أحد الجوانب المهمة في حياة الطفل وخصوصا في السنوات الأولى من عمره لأنها سنوات اكتساب اللغة الأم .

٤- الجنس : حيث تنتشر اضطرابات اللغة والكلام عند الذكور أكثر من الإناث، ونحن نعرف أن البنات بشكل عام أفضل في التطور اللغوي من الذكور، وهذا الأمر يتعلق بالجانب الفسيولوجي إضافة إلى المتغيرات البيئية التي تعيشها البنت .

٥- الظروف الأسرية التي يعيشها الطفل في البيت والتي تتضمن الأساليب الوالدية، حجم الأسرة ، ترتيب الطفل ، المرض الأبوي ، الفراق لأحد الوالدين أو كليهما، الطلاق الذي قد يؤثر في الجوانب العقلية والاجتماعية والنفسية .

٦- الحالة الثقافية للوالدين : إن هذا العامل يعد مؤثرا بشكل كبير في التطور اللغوي للطفل ، فمثلا الأم المثقفة تدرك أن اللغة تتأثر إلى حد كبير بعملية المحاكاة والتقليد فهي تحرص أن تعلمه النطق الصحيح للكلمات ، وتعطيه التغذية الراجعة أكثر من الأم غير المثقفة ، كما أنها أكثر إدراكا لحاجات الطفل والتي تؤثر في تطوره اللغوي بشكل صحيح.

٧- نوع الاضطراب : لا تكون نسب الانتشار واحدة لاضطرابات النطق واضطرابات الصوت واضطرابات الطلاقة، فنسب انتشار اضطرابات النطق أكثر من انتشار اضطرابات الصوت ، واضطرابات الصوت أكثر انتشارا من اضطرابات الطلاقة .

أما اذا نظرنا إلى اضطراب التواصل الذي يتدخل فيه اللغة والكلام والسمع والتي لا يمكن الفصل بينهما نجد ان النسبة تزيد ، وقد تكون نسبة الاضطراب السمعي عالية من ضمن المضطربين تواصليا، إذ تشير المنظمة الأمريكية للكلام واللغة والسمع (The American Speech-Language-Hearing Association ASHA) عام (٢٠٠٠) إلى أن نسبة المضطربين تواصليا في الولايات المتحدة الأمريكية تخمن ب(٤٦) مليون مواطنا، وأكثر من (٢٨) مليون منهم لديهم اضطراب سمعي

. (Gillam,Marquardt,&Martin,٢٠٠٠)

تختلف درجة تأثير فقدان السمع على التواصل بقدر درجة الخسران فإذا كان الفقدان بسيط من ١٥-٣٠ ديسيبل فإن الفرد يستطيع سماع جميع أصوات الحروف المتحركة ومعظم الحروف الساكنة في مستوى الكلام العادي ، ولكن وفي ذات الوقت لا يرقى أن يكون بمستوى الفرد العادي . في حين إذا كان الخسران أكثر من (٧٠) ديسيبل فانه لا يستطيع سماع الكلام المحكي العادي ، وإنما قد يستطيع سماع الأصوات العالية .

الفصل الثاني

- اللغة
- اكتساب اللغة
- نظريات نشأة اللغة
- نظريات اكتساب اللغة

اللغة

اللغة هي النظام الكلامي الذي يقرن الأصوات والتراكيـب والنحـو والدلالـة مراعيـا في ذلـك الجانـب الاجتماعي . وهي الوسيلة للتواصل بين بني البشر ، والتي عبر من خلالهـا الإنسـان عـن حاجاتـه وأفكـاره ومشاعره ، ونقل عن طريقها كل ما توصل اليه الإنسان من إنتاج علمي وثقـافي وحضـاري وفنـي وتربـوي وإقتصادي .

لقد تكلم الإنسان لملايين السنين قبل أن تظهر الأنظمة الكتابية ، كما أن الطفل يبـدأ الكـلام وهـو في السنة الثانية وحتى قبل ذلك العمر، وبعد سن الخامسة أو السادسة يبدأ تعلم القراءة والكتابـة، وهنـاك مليارات من الناس الأميين الذين لا يعرفون القـراءة والكتابـة في المـاضي وحتـى الوقـت الحـاضر ، كـما أن الناس يتكلمون أكثر مما يكتبون .

واللغة نظام متسلسل على نحو هرمي يتدرج من الوحدات الصغيرة إلى الوحدات الأكبر، ويكون كالآتي :-

- الوحدة الصوتية : وهي أصغر وحدة صوتية لغوية، ولا يوجد أصغر منها مثل ب، ك ، ف .
- المقطع ويتكون أكثر من صوت مثل سا ، با ، لو .
- الوحدة الكلامية (المورفيم): هي أصغر وحدة كلامية لها معنى ولا يمكن تقسيمها إلى وحدة أصغر .
- الكلمة: هي وحدة كلامية أو أكثر لها شكل صوتي مرتبط بمعنى أو معانٍ معينة تحمل قسم واحـد أو اكثر من أقسام الكلام (مثل الفعل والاسم.. الـخ) تسـتعمل حسـب نظـام صرفي مـرتبط بـالنحو والدلالة وتكون واسطة معلوماتية بين المتكلم والمستمع أو الصاغي.
- الجملة : تتكون من كلمتين أو أكثر .
- الفقرة : وتتكون من الجمل .
- المقال : ويتكون من مجموعة من الفقرات .

كما تظهر لهجات متعددة ، وهناك لهجات جغرافية فلهجة أهل المغرب تختلف عن لهجة وادي الرافدين، وقد تختلف اللهجات داخل البلد الواحد فلهجة أهل الموصل تختلف عن لهجة أهل البصرة . ولهجات اجتماعية فقد تختلف في أي مجتمع لهجة المتعلمين من غير المتعلمين إذ تتأثر اللغة بالمستوى الثقافي والاقتصادي، وهناك اللغة الفصيحة واللهجة العامية أو الدارجة .

تتكون القدرة اللغوية أولا من السليقة أو الفطرة الكامنة عند الطفل كما سنوضحها لاحقا وثانياً المعلومات اللغوية التي تتأثر إلى حد ما في المتغيرات البيئية التي يعيشها الفرد. والفطرة أو الاستعداد الفطري لتطور اللغة عند الطفل ليست كافية لإكتساب اللغة ما لم تكن هناك بيئة وخصوصا إذا كانت هذه البيئة صحية. فلو فرضنا أن طفلا ولد في مكان معين ، ولم يجد من يتحدث معه، فلن يكتسب في هذه الحالة اللغة بالرغم من استعداده الفطري .

وهناك مشتركات وعموميات بين لغات العالم ومن هذه العموميات :

١- اينما يوجد انسان توجد لغة.

٢- لا توجد لغات بدائية في كل اللغات بل هي معقدة التركيبات بالتساوي، وقادرة بشكل متساوٍ على التعبير عن الأفكار، في كل العالم، ويمكن للمقررات في أي لغة أن تتوسع لتتضمن كلمات جديدة لمفاهيم جديدة.

٣- كل اللغات تتغير عبر الزمن.

٤- ليست هناك علاقة بين أصوات الكلمات ومعاني الكلمات المحكية، ولو كانت الأصوات تقرر المعنى لأصبحت لغة العالم واحدة.

٥- هناك قواعد نحوية محدودة العدد تنتج عبارات وجمل جديدة لم ينطق بها أحد من قبل وهي غير محددة العدد.

٦- كل لغة محكية تتضمن أجزاء صوتية منفصلة مثل ب ، ف ، م والتي يمكن ان تتعرف عليها من خلال عددٍ من الخصائص أو السمات، وكل لغة تحتوى على أصوات ساكنة ومتحركة.

٧- توجد في كل لغات العالم تركيبات لغوية متقاربة مثل أقسام الكلام (الفعل والاسم والحرف)

٨- هناك مواصفات (دلالات) عالمية في كل لغات العالم مثل ذكر، اثنى، حيوان، إنسان، وجميعها تحتوى التركيبات اللغوية كالآتي التركيبات الصوتية والتركيبات النحوية والتركيبات الدلالية.

٩- كل لغة لها طريقة في تحويل الكلمة إلى الفعل الماضي والمضارع والمستقبل، وتشكيل الأسئلة، واصدار الأوامر... الخ

١٠- المتكلمون في كل لغات العالم قادرون على انتاج وفهم مجموعة غير محددة من العبارات والجمل.

١١- كل طفل عادي، ولد في أي مكانٍ في العالم (جغرافياً، عرقياً، اجتماعياً، اقتصادياً، تراثياً) قادر على اكتساب اللغة المستخدمة في محيطه. اما اختلاف اللغات فلا تعود الى اسباب بيولوجية

(Fromkin & Rodman and Hgams. (٢٠٠٣)

١٢- كل لغة تتكون من لغة استقبالية تتطلب السمع والفهم ولغة تعبيرية تتطلب انتاج اللغة المنطوقة.

١٣- كل لغة في العالم تحتوي على أصوات Consonants, Vowels

١٤- كل اللغات المحكية تكون لها نغمات معينة تضيف معنى للعبارة المنطوقة.

أما من خصوصيات اللغة :-

- لا يوجد عدد واحد لاصوات العلة في لغات العالم فقد يختلف العدد بين اصوات العلة في اللغة العربية واللغة الانكليزية .

- قد تختلف اللغات بالنظام الصرفي فالجمع في اللغة العربية يكون بإضافة صوت أو صوتين على الكلمة قد يكون في آخر الكلمة (معلم : معلمون) أو في وسط الكلمة مثل (بيت : بيوت) وقد ينقص صوت في الجمع مثل (كتاب : كتب) بينما في اللغة الانكليزبة تضاف في الأغلب صوت (S) على الكلمة لتصبح جمعاً

-

-

- مثل (Book :Books) في الجمع القياسي، ويكون غير ذلك في الجمع غير القياسي مثل (Tooth :Teeth)
- قد تختلف اللغات في النظم البنوية ففي اللغة العربية يسبق الفعل الفاعل ، بينما يسبق الفاعل الفعل في اللغة الإنكليزية .
- قد يختلف النظام الكتابي فالكتابة في اللغة العربية من اليمين إلى اليسار بينما في اللغة الانكليزية من اليسار إلى اليمين .
- قد تختلف عدد الحروف التي تكتب ولا تلفظ فاللام في اللغة العربية إذا دخلت على الحروف الشمسية فإنها تكتب ولا تلفظ مثل (الشمس ، الدار)، وفي اللغة الانكليزية لا نلفظ صوتين من كلمة (Night) وهما (gh) وفي اللغة الفرنسية لا نلفظ الصوتين الأخيرين من كلمة (Client).

على أية حال، يمكن للفرد أن يتواصل مع الآخرين من خلال تغيير المعاني والدلالات عن طريق الكلام والاشارات، وما يصاحب الكلام من نغمات صوتية ونبرات في حدة الكلام .

يبدأ معظم الأطفال بالسيطرة على المعلومات الصوتية ونظمها خلال السنة الأولى من العمر، ولكن لا يكونون على درجة واحدة من التطور نتيجة لمتغيرات وراثية وبيئية .

لذلك يفترض أن يكون الطفل صحيا سليما ليستغل المثيرات البيئية إلى أقصى درجة ممكنة، وأن يتجاوب مع الأحداث لتساعده على السيطرة على التواصل الصوتي والكلامي مع الآخرين.

إن أي خلل في النظام الحسي أو الـدماغ أو الحرمـان الحسيـ أو كلـيهما يـؤثر في اكتسـاب المعرفـة بالأحداث التي تجري حواليه. فالخلل الدماغي والقصور الحسي وخصوصا حاستي السـمع والبصرـ سـيؤثر سلبا في تطوير وعي طبيعي بالعالم الذي يعيشه.

يكتشف الأطفال خلال مرحلة الرضاعة العالم من حولهم عن طريق الأجهزة الحركية والحسية، ويبدأ بالتواصل غير اللفظي مع الآخرين ، وينطق الكلمات الأولى، ثم يتلفظ الأطفال كلمتين في عمر (١٨) شهرا .

يشيرجيلام وماركورتد ومـارتن (Gillam,Marquartd & Martin ,٢٠٠٠) إلى أن الطفـل بعمـر حـوالي سنتين يستطيع أن ينتج جمل بسيطة متكونة من كلمتـين، ثـم تبـدأ الكلـمات تتفجـر في مرحلـة مـا قبـل المدرسة، ويمكن ان يتلفظ كل الأصـوات في لغتـه الأم تقريبـا بشـكل صـحيح، ويسـتخدم جمـل معقـدة ، ويستطيع أن يحكي قصص قصيرة. ثم يفتح تعلم القراءة والكتابة الباب على مصراعية لتطوير اللغة خـلال مراحل الدراسة المختلفة. ويستطرد المؤلفون بـالقول ان الطلبـة يمتلكـون القـدرة عـلى أن يحكـوا قصـص معقدة لحوادث متنوعة، كما انهم يتحكمـون في اللغـة المنتقـاة في التوضـيح والاقنـاع والمناقشـة بشـكل فاعل، وتصبح اللغة في مرحلة الرشد متخصصة بما يتناسب مع الحياة المهنية والمتطلبات الاجتماعية .

والتأخر اللغوي يشير إلى تأخر في نمو مهارات اللغة بحيث تكون غير متناسـبة مـع العمـر الزمنـي للفرد الأمر الذي يعيق تواصله مع أقرانه، وقد يؤثر ذلك في تكيفه الاجتماعي ، وقبوله من الآخرين .

وقد يكون التأخر اللغوي نتيجة لإصابة المناطق اللغوية في الدماغ، أو أنها لم تتطور إلى الحد الذي يجعل الطفل قادرا على اكتساب اللغة كأقرانه الآخرين . أو تكون لأسباب تتعلق بالسمع ، او الانخفاض في القدرات العقلية، أو الظروف البيئية التي يعيشها الطفل. وسوف نتطرق لاحقاً إلى العوامل التي تؤثر في التطور اللغوي .

اكتساب اللغة

تعد اللغة الأم جزءً من كيان الذات ، ومكونا من أهم مكونات الهوية ، ومن الروابط المهمة التي تؤدي إلى تماسك الأمة ، وهي تعكس صورة الأمة بكل جوانبها الاجتماعية والعقلية والانفعالية والسياسية والفكرية .

ولقد كرم الله الإنسان بهذه الميزة لتكون أداة اتصال في غاية الأهمية للتواصل والتفاهم بين بني البشر ، وقال الله تعالى على لسان النبي موسى (قال رب اشرح لي صدري ، ويسر لي أمري، وأحلل عقدة من لساني يفقهوا قولي) سورة طه آية ٢٥-٢٨.

ويعد اكتساب اللغة من الموضوعات المهمة في علم النفس التطوري ، وعلم النفس اللغوي، وهي من المساقات المهمة في قسم السمع والنطق، وعندما يشخص أخصائي السمع القصورفي الجهاز السمعي فإن ذلك يكون مؤشرا سلبيا على إكتساب اللغة الأمر الذي يبعث على التدخل المبكر ، وكلما كان التدخل مبكرا كلما كان فاعلاً . قد يتطلب الأمر في بعض الأحيان زراعة القوقعة الحلزونية إذا كانت المشكلة في الأذن الداخلية، وكلما كانت العملية مبكرة كلما ساعد ذلك على إكتساب اللغة الأم أو اللغة الطبيعية.

ويستطيع الطفل أن يقدم نفسه إلى الآخرين من خلال أنماط سلوكية أو إجتماعية، يستعين على تحديدها باللغة . إنّ هذا التفاعل قد يؤدي إلى إدراك كل منهما الآخر .

إنّ الطفل يفهم أولا لغة الآخرين من الراشدين حوله، ومن ثم يستخدم هذه اللغة. والأطفال لا يتعلمون اللغة بمجرد استماعهم إلى كلام الآخرين ، ولكن بسبب كونهم جزءً من الحدث اللغوي نفسه يتم الحديث معهم ، ويستجيبون للمحيط من حولهم .

يبدأ اكتساب اللغة عند الأطفال في بداية الأمر من خلال الأصوات ، ثم تتمايز هذه الأصوات لتصبح جملاً نحوية ذات معنى . علماً أن الأصوات إذا تغيرت تغيرت دلالة الكلمة مثل (كَتَبَ ، كُتِبَ ، كُتُب) فالأولى فعل ماض مبني للمعلوم والثانية فعل ماض مبني للمجهول والثالثة جمع تكسير لكلمة كتاب .

ويتفق أكثر المهتمين باللغة على أن مرحلة الطفولة المبكرة هي مهمة جدا في اكتساب الطفل اللغة بإصولها وقواعدها، وهناك من عدها قدرة فطرية تولد عند الطفل كما هو الحال بالنسبة لقدرة الطفل على الرؤية والسمع. ويعتبر العالم اللغوي المعروف عالميا جامسكي(Chomsky) أول من أكد ذلك في نظريته التوليدية التحويلية الحديثة. ويرى أن اللغة يجب أن تكتسب خلال السنوات الخمس الأولى ، وإذا لم يكتسب الطفل اللغة خلال هذه السنوات الخمس لأي سبب كان فأنه من الصعب عليه اكتسابها لاحقا لأن هذه القدرة المخلوقة تأخذ بالضمور .

إن مرونة المخ وطواعيته قبل فترة البلوغ تمكن الأطفال من اكتسابها اللغة الأم ولا غرابة بأنهم يكتسبون نطقا صحيحا خلال مرحلة الطفولة يشبه نطق المتحدثين الأصليين، بينما لا يستطيع الكبار فعل ذلك .

يتطلب النموالسليم للغة سلامة الأعضاء الحسية وخصوصا الحاسة السمعية، وسلامة الجهاز العصبي إذ أن فهم وتكوين الكلام بمعاني تعبر عن الأفكار والمشاعر تحتاج إلى أداء دماغي سليم. كما يتطلب النمو اللغوي السليم توافقا انفعاليا إذ أن تعرض الطفل لمشاكل نفسية تكون عائقا للتطور اللغوي السليم . كما يفترض أن تكون هناك بيئة صحية توفر المنبهات المتنوعة للتطور اللغوي .

وقد أشار البوشيحي (٢٠٠٢) في هذا الصدد إلى أن هناك افتراضين في تفسير اكتساب اللغة هما :-

١- يولد الطفل مزودا بجهاز فطري يمكنه من اكتساب اللغة، ويتحدد دور البيئة اللغوية في تحفيز هذا الجهاز الفطري فقط .

٢- يتكون هذا الجهاز الفطري من مبادئ كلية مشتركة بين بني البشر ، وبفضلها يتم اكتساب أي لغة .

يظهر من ذلك إمكانية اكتساب أي لغة في العالم ما زالت مرتبطة بجهاز فطري أولا وكلية المبادئ ثانية .

وقد أشار الخياط (٢٠٠٥) في هذا الصدد إلى الدراسات اللغوية التي أشارت إلى أنّ اللغة الطبيعية (Natural Language) أو اللغة الأم (Native Language) تعتبر المحور الرئيسي المركزي الذي تستند عليه ثقافات وتراث الأمم الحية والتواصل العلمي وتطوير سبل البحث العلمي، ولذلك جاءت النظريات اللغوية في العصر الحديث مستخدمة الأسلوب العلمي المبني على الملاحظات الموضوعية المباشرة (Direct Objective Observations) في تحليل التراكيب اللغوية ومكوناتها والظروف التي تستوجب استعمالها ضمن مصدر المعلومة ومحيطها الحسي .

وهنا يفرق الباحث (الخياط) بين اللغة الأم والتي تعد مكتسبة (Acquired Language) واللغة المتعلمة (Learned Language)، ويعتبر اللغة المكتسبة ثابتة لا تنسى حتى إذا لم يستخدمها لفترة من الزمن ، بينما اللغة المتعلمة قد تنسى إذا لم تستخدم. ولعلي أشاطره القول ولكن بتعبير آخر هو المكتسب وخاصة اللغة يمكن أن تتحول إلى موروث أي تصبح اللغة موروث مكتسب .

إنَّ لغة الطفل في مراحله المختلفة هي مزيج بين ما هو مكتسب بالسليقة وما هو متعلم من البيئة، والقدرة اللغوية تتأتى عن طريق الفطرة والخبرة والعمليات العقلية التي يقوم بها الفرد . لذلك فإننا ندعو القائمين على التربية بشكل عام وتربية الطفل بشكل خاص بضرورة التركيز على البيئة الغنية الصحية كحالة من التعويض والتي يمكن أن تتحول مستقبلا إلى فعل سليقي موروث، مع علمنا أن هناك علاقة ترابطية بين اللغة والتفكير، فلا يستطيع الفرد بشكل عام أن يفكر أبعد من اللغة التي يمتلكها.

ويمكن توضيح الفروق بين اللغة المكتسبة واللغة المتعلمة من خلال الجدول الآتي

جدول (٢) الفروق بين اللغة المكتسبة واللغة المتعلمة

اللغة المكتسبة	اللغة المتعلمة
سليقية .	غير سليقية .
ليست معرضة للنسيان كما هو الحال بالنسبة للغة المتعلمة .	أكثر عرضة للنسيان من اللغة المكتسبة
تكتسب في السنوات الأولى من عمر الفرد شريطة توفر بيئة وخصوصا الغنية منها .	لا ترتبط بعمر زمني محدد فالفرد متعلم إلى نهاية عمره .
تمر اللغة المكتسبة بمراحل تطور لغوي مثل اللغة الانعكاسية والهديل والمناغاة والتقليد فالكلام .	لا تمر اللغة المتعلمة بهذه المراحل كما هو الحال بالنسبة للغة المكتسبة .
اكتساب اللغة الأم يساعد على تعلم اللغة المتعلمة .	تساعد اللغة المكتسبة على تعلم اللغة غير الأم .
اللغة المكتسبة أسبق من اللغة المتعلمة .	اللغة المتعلمة تكون بعد إكتساب اللغة الأم .
ان الضعف في اكتساب اللغة الأم يؤدي إلى ضعف في اللغة المتعلمة .	إذا تعلم الفرد لغتين في ذات الوقت وكان ضعيفا في الأولى ، تكون هناك احتمالية أن يكون ضعيفا في الثانية .
إن اتقان اللغة الأم بشكل كاف وبعد ذلك يتعلم اللغة الثانية هو القرار الصائب	يفترض أن يكون تعلم اللغة الثانية بعد تعلم اللغة الأم بإتقان .
لا تتأثر بالرغبات والاتجاهات والمواقف كما هو الحال بالنسبة للغة المتعلمة .	تتأثر اللغة المتعلمة بالاتجاهات والمواقف والمشاعر.
يعتمد في اكتساب اللغة على سماع مستخدمي اللغة والتي قد تختلف لهجاتها من مكان إلى آخر.	تكون اللغة المتعلمة لغة قياسية وأسلوب تعلمها تكون واحد في كل مكان .
يكتسب الطفل أداء اللغة من خلال إستخدام مستخدمي اللغة للغتهم في حياتهم اليومية العادية، فيتقن طريقة أدائهم فمثلا استطيع أن أفرق بين ابن سامراء وابن الموصل ، وابن بغداد من خلال الطريقة التي تستخدم فيها اللغة .	يتعلم المتعلم اللغة من خلال دراستها بشكل علمي ونظري أكثر من الجانب العملي . فهو يركز على هيكلة بناء اللغة، وليس على طريقة أداء أصحاب اللغة .
يتعلم المكتسب الصيغ اللغوية من الأفراد الذين يعيش	يتعلم المتعلم اللغة القياسية من مصدر موثوق به

معهم ، ولهجتهم .	كالكتاب والمدرس الذي يختص باللغة . لذلك لا يتعلم اللهجة .
يركز المكتسب على اللغة المنطوقة دون اللغة المكتوبة، واللغة المنطوقة قد تكون سلسة مع تعقيدها مقارنة باللغة المكتوبة لأن الأخيرة تحتاج لحفظ قواعد دقيقة وإملاء صحيح، وطرق تعليمية موضوعة.	يركز المتعلم على اللغة المكتوبة التي تحتاج إلى قواعد دقيقة واملاء صحيح أكثر من اللغة المنطوقة .
تستخدم اللغة المكتسبة في الغالب للتعامل في الحياة اليومية .	تستخدم اللغة المتعلمة في دراسة موضوع علمي، أو للعمل، وتحتاج إلى اللغة المكتوبة أولا ثم المنطوقة .
لا يستطيع المكتسب أن يجيد تركيبات اللغة المكتوبة من خلال الممارسة، ويحتاج إلى دراسة اللغة للتمكن من اللغة المكتوبة .	يجيد المتعلم اللغة المكتوبة التي تعد الأساس للغة المنطوقة .

اللغة الاستقبالية (Receptive Language)

تتطور اللغة الإستقبالية عادة بشكل أسرع من اللغة التعبيرية .

وتمثل اللغة الاستقبالية القدرة على فهم الايماءات والكلام والشفرات المكتوبة، وأول ما يفهم الطفل الإيماءات ، أما الكلام فيبدأ فهمه كما يقول سلفرمان(Silverman ,٢٠٠٤) بين عمر (٦-٩) أشهر ، وأول الكلمات التي يستجيب لها الطفل هو أسمه ولفظة ماما وبابا ولفظة (لا) وفي نهاية السنة الأولى يبدأ الطفل فهم (باي باي)، كما يستجيب لبعض الجمل البسيطة. ويستطيع في عمر (١٨) شهرا أن يؤشر إلى الأشياء المألوفة كالفم والأنف والوجه والأيدي، ثم تزداد المفردات التي يفهمها الطفل ويستجيب إليها بمرور الزمن .

وقد يواجه الأطفال صعوبات في فهم الكلام ، وقد يكون السبب الرئيس لذلك فقدان القدرة على السمع ، أو خلل في الدماغ .

لذلك فإن فاقد السمع عليه أن يتعلم اللغة غير اللفظية للتواصل مع الآخرين وبشكل أساسي لغة الإشارة (Sign Language) وقراءة الشفاه أوالكلام (Lip reading or Speech reading) .

إن هؤلاء الأفراد الذين يعانون من صعوبات في اللغـة الاسـتقبالية يواجهـون صـعوبات في فهـم اللغة المحكية، أو يستجيبون للآخرين بشكل غير ملائم أو كليهما، وهذا يؤثر بشكل كبير في التواصـل مـع الآخرين . كما أنهم يواجهون صعوبات في فهـم واتبـاع التوجيهـات والتعلـيمات ، كـما أنهـم في الغالـب لا يفهمون الجمل الطويلة والمعقدة، ويحتاجون بإستمرار إلى إعـادة التعلـيمات، ويجـدون صـعوبة في فهـم المعاني المجازية للكلمات .

ومن مظاهر تأخر اكتساب مهارات اللغة الأستقبالية هي :

- لا يستجيب إلى الأصوات العالية والتي يستجيب اليها من هو في عمره.
- لا يعطي إنتباهاً إلى الأصوات المختلفة خلال الشهرين الأولين كما يفعل أقرانه الذين بنفس عمره .
- لا يلتفت إلى مصدر الصوت كما يفعل أقرانه الذين هم بنفس عمره .
- لا يحدد مصدر اصوت في عمر يؤهله لذلك.
- لا يستجيب لكلمة لا في حوالي منتصف السنة الأولى .
- لا يستجيب عند مناداته بإسمه في السنة الأولى من عمره .
- لا ينفذ الأوامر في نهاية السنة الأولى كما يفعل أقرانه الذين بنفس عمره .

إن صعوبات اللغة الاستقبالية تعد نوع من صعوبات التعلم ، وتكون نتيجة لأسباب وراثية أو اصابات الدماغ أو الجلطة الدماغية .

ويمكن للمقيم أن يزود الأفراد الذين يتعاملون مع الفرد معلومـات عـلى غايـة مـن الأهميـة في كيفية التعامل مع هؤلاء الأفراد ومعالجتهم، لأن التقييم الدقيق يساعد في

اختبار الطرق المناسبة في العلاج اللغوي والذي يعتمد التدريب والتمرين في مواقف اجتماعيـة لتحسين اللغة الاستقبالية، ويتطلب الأمر تعاون كبير بين البيت والمؤسسة التعليميـة، فقـد يشـترك أوليـاء الأمور والمعلمين في وضع الأهداف والعمل معا لتحقيـق هـذه الأهـداف. ويجـب أن يحـرص الفـرد الـذي

يتعامل مع الطفل الذي يعاني من صعوبات في اللغة الاستقبالية على تلاقي العيون عند التحدث معه أو عند إعطاءه التعليمات والتوجيهات.

ويفترض أن تقدم المعلومات بشكل بسيط ومختصر وبما يتناسب مع امكانيات الطفل .

ويمكن أن نجزء المعلومات التي تعطى للطفل والتي تساعده على الفهم والاستيعاب ، وهذا يرتبط ارتباطا وثيقا بزيادة دافعيته للإنتباه والاصغاء .

كما يمكن أن نعطي المعلومات للطفل شفاهيا وكتابيا في ذات الوقت ، وهذا ما يساعد على اشتراك أكثر من حاسة مما يزيد من احتمالية الفهم .

يُنصح الأفراد الذين يتعاملون مع الأطفال الذين يعانون من قصور اللغة الاستقبالية تكرار الكلام قدر المستطاع . كما يفترض أن يشجعوا الأطفال بترديد ما سمعوا دون اتباع اسلوب الضغط والإجبار .

يفترض تعزيز الطفل عند استفساره عن الغامض أو غير المفهوم . كما يفترض ان يعزز الطفل عندما يكون مستمعا جيدا . ونحاول توفير الفرص المتعددة للاستماع من خلال أنشطة متعددة كالألعاب وأفلام كارتون وبعض اللعب التي تتطلب مشاركة جماعية.

اللغة التعبيرية (Expressive Language)

وهي القدره على التعبير عن الأفكار والمشاعر والانفعالات بطرق متعددة ترتبط بشكل أساس بالعمر الزمني إذ يعبر الطفل عما يجول في خاطره بالإيماءات والحركات واللغة الانعكاسية في بداية الأمر حيث يبكي الطفل كتعبير عن الجوع أو الألم أو عندما

يكون متوسخا ، ثم ينتقل إلى إستخدام الكلام أو كليهما معا ثم يعبر عن نفسه بالكتابة عندما يتعلم القراءة .

ومن مظاهر تأخر مهارات اللغة التعبيرية

- لا يعبر عن ألمه أو عدم ارتياحه بالبكاءأو بأصوات أخرى تدل عليها في الأشهرالأولى من عمره .
- لا يستخدم صوتاً يدل على الفرح والحبور كما يفعل اقرانه في الأشهر الأولى .
- لا يلفظ صوتين أو أكثر في الأشهر الثلاثة الأولى .
- لا يضحك في الغالب اثناء اللعب مع الأشياء خلال الأشهر الأولى كما يفعل أقرانه الآخرون .
- لا يعبر عن غضبه وانزعاجه بطرق أخرى غير البكاء كما يفعل أقرانه الآخرون.
- لا يبادر بإصدار أصوات لجذب إنتباه الآخرين ما قبل منتصف السنة الأولى كما يفعل أقرانه الآخرون .
- لا يتحدث مع ألعابه والآخرين في نهاية السنة الأولى كما يفعل أقرانه الآخرون.

إن اضطراب اللغة التعبيرية قد تكون ناتجة عن خلل أو اصابة الدماغ وغالبا ما يحدث النوع النمائي عند الأطفال ، أما النوع المكتسب فغالباً ما يحدث لدى الكبار .

وقد لا يؤشر القصور في اللغة التعبيرية على تدني الذكاء بشكل قطعي إذ قد تحدث اضطرابات اللغة التعبيرية عند الأطفال ذوي الذكاء العادي .

وقد يكون الاضطراب في اللغة التعبيرية نتيجة للقصور في الوظيفة العقلية كما تحدث عند الأطفال المعاقين عقليا والأطفال المصابين بالتوحد .

وعادة ما يتجنب الأطفال الذين يعانون من قصورفي اللغة التعبيرية الحديث مع الآخرين بالرغم من أنهم يفهمون الكلام الذي يسمعونه إذ يمكن لطفل عمره سنتين أن يستجيب لأمرين مثـل اذهـب وافـتح الباب ، لكنه لا يستطيع أن يسمي جزء من الجسم. وقـد يـؤثر القصـور في اللغـة التعبيريـة مـن مشـاركة الطفل أقرانه ومواصلتهم اجتماعيا إذ أن بعض الألعاب تتطلب تعبيرا لغويا ، وقد لا يقوى على فعل ذلك .

وبالرغم من أن الكثير منهم يمتلك الكثير لقوله لكنهم لا يستطيعون ذلك الأمر الذي يؤثر بشكل سلبي في وضعهم النفسي، لذلك قد يشعرون بالضغوط النفسية نتيجة للفشل والاحباط الذي يعانونه بسبب عدم قدرتهم كأقرانهم في التعبير عن أنفسهم، كما أن هذه الحالة غيرمرغوب فيها اجتماعيا لأن الفرد كائن اجتماعي لا يمكن أن يعيش بمفرده بعيدا عن الآخرين .

يقول الشاعر أبو العلاء المعري في هذا الصدد

ولو أني حبيت الخلد فردا　　　لما أحببت في الخلد انفرادا

أي اني لو رغبت أن أخلد في هذه الدنيا فأخلد مع الناس وليس وحدي على هذه المعمورة .

ومن خلال النظرة الاجتماعية للواقع المعاش نرى الناس يشعرون بالارتياح لمن يمتلك القدرة اللفظية ويعبر عن آراءه وأفكاره وخصوصاً في مرحلة الطفولة، كما أن الآباء بشكل عام يفضلون أن يصادق ابنهم الأطفال الذين يمتلكون اقتدارا لغويا لأن كثير من التعلم يحدث عن طريق التقليد فصداقته لهم سيرجع عليه بالفائدة لأن التقليد في الغالب يكون من هو بالمستوى أو الأعلى، فمن غير المنطق أن يقلد طفل موهوب طفلا غبيا ، وانما العكس صحيح .

وعندما يصل الطفل الذي يعاني من قصور في اللغة التعبيرية إلى مرحلة الدراسة فإن ذلك سيؤثر في التهجي واستخدام الكلام بشكل صحيح، وتركيب الجمل ، والكتابة. وربما يؤدي ذلك إلى الانسحاب الاجتماعي، وقد يلاقي موقفا سلبيا من المعلم سواء كان ذلك بشكل صريح أو مستتر ، ولا يفترض أن يكون ذلك الموقف انطلاقا من الوجهة التربوية ، ولكن واقع الحال المعاش يشير إلى ذلك .

ولابد من الإشارة إلى أن القصور في اللغة التعبيرية ليس على درجة واحدة وإنما درجات فهناك البسيط والمتوسط والشديد ، فبعضها قد لا يكون ملاحظا حتى دخول الطفل المدرسة وخصوصا هناك متطلبات مدرسية كالإجابة عن الأسئلة الصفية، وحكاية حدث معين أو قصة قصيرة، أو تلخيص معلومات، وتزداد المشكلة كلما تقدم في سنوات

الدراسة لأن المتطلبات ستزداد فقد يتطلب الأمر الدخول في حلقة نقاش أو التعبير عن الآراء الذاتية .

ويختلف التأثير في الفرد وفق متغيرات عديدة أولها طبيعة وشدة القصور، تعامل المحيطين بالفرد واتجاهاتهم نحوه ، واتجاه الفرد حول نفسه ونحو الاضطراب ، العمر الزمني إذ تختلف النظرة إلى

القصور في مرحلة الطفولة عن مرحلة المراهقة ، الحالة الثقافية والاجتماعية والاقتصادية للوالدين ، حجم الأسرة ، الترتيب الميلادي .

ولابد من التنبيه أن هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى رعاية خاصة من قبل البيت والمدرسة لأن التعامل غير الصحي معهم قد يزيد من معاناتهم الأمر الذي قد يدفعهم إلى الهروب من المدرسة ، أو اللجوء إلى السلوك العدواني، أو أي سلوك آخر غير مقبول اجتماعيا كتعبير عن الأنة الداخلية وكتنفيس عن حالات الفشل والاحباط.

ويلعب الوالدان والمعلم الأساسي للطفل الدور المحوري في التخفيف من الحالة من خلال التعامل السليم التربوي مستعينين بالمرشد المختص في مجال اضطرابات اللغة والكلام .

اضطراب اللغة الاستقبالية والتعبيرية معا

(Mixed receptive –expressive language disorders

لا يمكن الفصل تماماً بين اللغة الاستقبالية عن اللغـة التعبيريـة إذ أن الطفـل الـذي لا يسـتطيع فهم الكلام لا يستطيع أن يعبر بشكل سليم عن افكاره وآراءه وحاجاته. وغالبا ما تكون اضـطرابات اللغـة الاستقبالية والتعبيرية في مرحلة الطفولة وخصوصاً عندما تكون نمائية، وقد تكون في كثير من الأحيان غـير معروفة الأسباب، لذلك تجرى الدراسات الكثيرة لمعرفة الأسباب التي تؤدي إلى ذلك ، هل هـي بايولوجيـة أو بيئية ؟

أما إذا كانت مكتسبة فتكون في الغالب نتيجة لإصابة في الدماغ أو الورم أو الجلطة، وتحدث هذه الحالة في أي عمر زمني ، ولا تقتصر على مرحلة الطفولة.

إن أعراض اضطرابات اللغة الاستقبالية والتعبيرية ليست واحدة إذ قد تختلف من فرد إلى آخر ، وقد لا يعاني هولاء الأطفال من مشاكل في نطق الكلمات .

فقد يصعب على هؤلاء الأطفال تكوين جمل مترابطة المعاني، كما قد يصعب عليهم استخدام القواعد بشكل سليم ، كما يعانون من صعوبة استدعاء الكلمات من الذاكرة ، ولا يستطيع هؤلاء الأفراد التعبير عن آرائهم وأفكارهم وحاجاتهم كما يفعل أقرانهم الآخرون الذين هم بنفس أعمارهم . وقد يجدون صعوبة في فهم الأسماء المجردة أو الجمل المعقدة أو المصطلحات الفراغية .

أما نسبة انتشار اضطرابات اللغة الاستقبالية والتعبيرية فتكون (٥%) لمرحلة ما قبل المدرسة، و(٣%) لمرحلة المدرسة. وقد ترافقها اضطرابات أخرى، فمثلا (٣٠-٤٠%) من نسبة الأطفال ما قبل المدرسة لديهم اضطرابات فونولوجية . كما أن هناك احتمالية عالية بوجود اضطراب نقص الانتباه (Attention Deficiency Disorders) وقد تشكل نسبة ما بين (٣٠-٦٠%) (Sadock &Virginia,٢٠٠٠) .

نظريات نشأة اللغة

لا توجد نظرية واحدة يتفق عليها المختصون في هذا الجانب ، وإنما اختلفوا في وجهات نظرهم حول نشأة اللغة ، وفيما يلي أهم النظريات المتعلقة بنشأة اللغة:-

١- النظرية التوقيفية :- يرى أصحاب هذه النظرية أن الله قد ألهم الانسـان اللغـة ، وأودع فيـه القـدرة على التحدث ، وعلمه كيفية النطق، وتسمية الأسماء واللغة العربيـة هـي وحـي مـن عنـد الله فطـر عليها نبينا اسماعيل لذلك سميت كذلك نظرية الأصل الإلهـي. وأكـد افلاطـون (٤٢٧-٣٤٧ ق.م) كـما يشير إلى ذلك مردان والساقي (١٩٩٠) أن اللغة طبيعية وان الكلـمات وأصـواتها جـزء لا يتجـزأ مـن المعنى .

وقد أيد هذه النظرية العالم اللغوي العربي (ابن فارس) في القـرن الرابـع الهجـري الـذي يـرى أن لغـة العرب توقيف بدليل قوله تعالى " وعلم آدم الأسماء كلها " وقد عارض ذلك تلميذه ابن جنـي الـذي يرى أن اللغة تواضع واصطلاح ، إذ فسر دلالة لفظة (علم) ب (أقدر) أي أعطاه القدرة عـلى وضـع أسماء للموجودات، ويشير إلى قوله تعالى (إن هي إلا أسماء سميتموها أنتم وآباءكم ما أنزل الله بهـا من سلطان).

٢- النظرية التواضعية أو الاصطلاحية :- وتفسر هذه النظرية أن اللغة مواضعة واتفاق بين النـاطقين بهـا. فمثلا رأى الناس المكان المرتفع عن الأرض واطلقوا لفظة (جبـل)، ومشـت هـذه اللفظـة عـلى الأرض المرتفعة ، وتبع ذلك بقية الناس الذين سمعوا ذلك، وليس هناك ارتباط جذري بين شكل الكلمة ومـا تدل عليه أي معناها.

لقد أيد هذا الراي ارسطو الذي يرى أن اللغة لا توجد إلا بين البشر ، وإن اللغة هي جزء من النظـام الطبيعي. ويعتقد الكاتب أن شكل الكلمة هو من صنع الأنسان ولكن المعنى واحد في أكثر مـن لغـة أي المعنى الطبيعي واللفظ من صنع الانسان مثل الجبل، الشجرة، الخيار وغيرها لهـا معنـى طبيعـي في كل العالم لكنها تختلف في شكل الكلمة فالشجرة في اللغة العربية شكلها في اللغة الانكليزية Tree لكن الفحوى واحد. واحتج أهل الاصطلاح من القرآن بقوله سبحانه وتعالى (وما أرسلنا من رسـول إلا بلسان قومه) أي بلغتهم ، وهذا يعني تقدم اللغة عـلى بعثـة الرسـل، فلـو كانـت اللغـة توقيفيـة لم يتصور ذلك إلا بالإرسال فيلزم الدور لأن الآية تدل على سبق اللغـات للإرسـال والتوقيـف يـدل عـلى سبق الإرسال لها.

٣- نظرية التعبير الطبيعي عن الانفعالات :- وترى هذه النظرية أن للانسان غريزة تحمله على التعبير عن مدركاته الحسية والمعنوية ، وتؤدي بالانسان إلى القيام بحركات وأصوات خاصة مثل ما يظهر عليه من إيماءات وقسمات وانبساط وانقباض .

ويمكن القول أن هذه النظرية لا ترقى أن تكون بمستوى النظريتين السابقتين مـن حيـث مـا تقدمـه من حجج منطقية فهي لا تتطرق إلى الكلام مباشرة، وانما إلى الأصوات والحركات التعبيرية، وهي مـن مفهوم اللغة الواسعة، لكنها ليست في صلب اللغة المنطوقة، وقد تصدر هذه الأصـوات أو الحركـات عندما تعجز اللغة .

٤- نظرية الرنين الطبيعي : وترى هذه النظرية أن الانسان يمتلك قدرة فطرية في جعل كل صوت أو انطباع داخلي تعبيرا داخلا سببه رنين محدد مسبقاً . وترى هذه النظرية مثلا أن صوت الغين يدل على الاستتار والخفاء مثل (غاب ، غار ، غمد ، غمض، غمط ، غرب، غلق ، غلف وهكذا) ، ويشير حرف (A) في اللغة الانكليزية إلى البعد والاتساع مثل (Far , Large) (الحمداني ، ١٩٨٢) .

ولا يمكن قبول هذه النظرية لحجتها الضعيفة ، لأننا لا يمكن أن نعمم مثلا حرف (A) في اللغة الانكليزية على كل اللغات في العالم .

٥- نظرية محاكاة الأصوات الطبيعية :- وترى هذه النظرية أن اللغة هي تقليد للأصوات الطبيعية المتنوعة التي سمعها الإنسان أول مرة . مثل خرير الماء ، زقزقة العصافير، صهيل الخيل ، زئير الأسد ، صرير الباب ، نباح الكلب. فنباح الكلب مثلا اتخذ رمزاً يعبر أو يدل على نفس الحيوان . ولو أردت التعبير عن صفع المدرس للتلميذ تقول (طك أو طق) محاكيا صوت الكف وهو يصطدم بصفحة الوجه ، كما يطلق نونو على القطة، وهوهو على الكلب. وقد تكون هذه النظرية قاصرة في تفسير نشأة اللغة لأنها محدودة بالأصوات الطبيعية ، ولا تغطي المفردات المجردة .

٦- نظرية الاشارات والحركات اليدوية :- ترى هذه النظرية أن بداية اللغة كانت اشارات يدوية ، وعندما توسعت الحياة أصبح الانسان بأمس الحاجة إلى استخدام الأصوات بدل الحركات .

نظريات اكتساب اللغة

تعتبر القدرة على اكتساب وتعلم اللغة من الخصائص التي تميز الكائن البشري، ومن خلالها يستطيع اثبات ذاته والتعبير عن مشاعره وأحاسيسه، كما يستطيع التعرف من خلالها على مشاعر وأحاسيس واتجاهات الآخرين نحوه . ويبدأ الطفل بطبيعة الحال فهم لغة الآخرين الأكبر منه سنا وخصوصا

الراشدين ، ثم يستخدم هذه اللغة ، فالفهم هـي العمليـة الأولى وعمليـة اسـتخدام اللغـة هـي العمليـة الثانية .

شهد منتصف القرن الماضي نقاشا كبيرا حول اللغة وكيفية اكتسابها ، ومن أشهر النظريات المعاصرة والشائعة التي ظهرت هي النظرية السلوكية (Behaviorism) والتي ترى أنّ اللغة تكتسب نتيجة عوامل أو مؤثراتٍ بيئية (Environmental Factors).

أما النظرية الأخرى التي اهتمت بإكتساب اللغة فهـي النظريـة الفطريـة (Nativism)التـي تنظـر إلى اللغة على أنها تكتسب نتيجة لعوامل فطرية تولد مع الفرد وتبقى معه طيلـة حياتـه، وهـي موجـودة في داخله .

وهناك نظرية ثالثة تجمع بين النظريتين هي النظرية التفاعلية (Interactionist Theory) والتي ترى أن اكتساب اللغة نتيجة للتفاعل بين البيئة والوراثة . وسوف نتطرق إلى أشهر نظريات اكتساب اللغة

النظرية السلوكية (Behaviorist Theory):

لقد ظهرت دراسات كثيرة تعلقت في كيفية اكتساب اللغة ، حيث ركزت كثير منها على أن اللغة ظاهرة سلوكية اجتماعية قابلة للملاحظة . لذلك فقد اعتمدت النظريات السلوكية على المنهج التجريبي المخبرى الذي يعد ردا على منهج الاستبطان الذي كان سائدا قديما والذي يمثل علم النفس التقليدي .

وتؤكد النظريات السلوكية على أن اللغة سلوكا اجتماعيا يتعلمه الطفل عن طريق التعزيز والاقتران، فما ينطبق على اكتساب السلوكات الأخرى ينطبق على اللغة، أي أن اللغة سلوكاً مكتسبا عن طريق التعلم وليس كياناً مستقلا بذاته . ويؤمن سكنر بأن اللغة

هي نوع من أنواع السلوكات التي يتعلمها الطفل ، وقد ينجز متتاليات صوتية منها ما هو صائب وما هو خاطئ ، وعن طريق التعزيز للاستجابات الصائبة يختار الصائب ويترك الخاطئ .

لقد أعد واطسون (Watson) الـذي يمثـل الكلاسـيكية التقليديـة اللغـة شـكلا مـن أشـكال السـلوك الملاحظ يكتسبها الفرد عن طريق الاشـتراط كأيـة عـادة اجتماعيـة، وقـد اعتـبر سـكنر (Skinner) في كتابـه

السلوك اللفظي عام (١٩٥٧) اللغة مجموعة من ردود الأفعال ، أو استجابات محددات لمؤثرات خارجية معينة وبصورة مقبولة لدى الإنسان، ويتم ترسيخها عن طريق الثواب والتعزيز من خلال المحيطين به .

ويذكر سكنر (Skinner) في كتابه السابق المثال الآتي في كيفية حدوث الكلام عند الطفل، كانت طفلة تصدر أصوات مناغاة بسعادة وهي في مهدها، وكان من بين الأصوات ما...ما...ما.. وعندما سمعت الأم هذا الصوت ، هرعت إلى إبنتها بشغف كبير ، وقالت لها وهي مبتسمة ابتسامة عريضة انت تناديني ، وتريدين التحدث لي، بينما لم يكن لدى الطفلة أي فكرة عما تعنيه الأم ، ولكن الطفلة أدركت تماما إستجابة الأم للصوت ما... ما.. وكيف حصلت من تفاعل دافئ مع الأم فكانت نتائج تكرار ذلك الصوت مفرح للغاية ، هذا مما جعل الطفلة تكرر هذه اللفظة لتحصل على المكافأة والثواب من الأم من خلال حضنها أوتقبيلها أو ضمها إلى صدرها، وهكذا تعلمت الطفلة لفظة ماما . وقد تدرك الطفلة أنه لا يوجد فرد آخر غير الأم يمكن أن يعززها عندما تنطق بهذه اللفظة. إنّ هذا تجسيداً لنظرية سكنر في التعلم الاجرائي والتي تتلخص بأن النتائج إذا كانت مفرحة يميل ذلك السلوك إلى التكرار ، أما إذا كانت النتائج مؤلمة فلا يميل ذلك السلوك إلى التكرار.

ويشير سكنر(Skinner) إلى طرائق يتم من خلالها تشجيع الطفل لتكرار الكلام هي:

- قد يستخدم الطفل استجابات ترددية من خلال محاكاته لأصوات الأفراد الآخرين، ويعزز بشكل فوري لذلك الفعل. وتتمثل بنوع من الطلب حيث يبدأ كصوت عشوائي ، وينتهي الأمر بإرتباط هذا الصوت بمعنى لدى الآخرين .
- وتتم عن طريق الاستجابة المقننة، إذ يقوم الطفل بإستجابات لفظية عن طريق المحاكاة عند وجود شيئ ما .

ويعتقد سكنر كذلك أن بناء اللغة يتكون عـن طريـق التشـكيل التـدريجي مـن السـهل إلى الصـعب حيث يبدأ الطفل بالأصوات فالمقاطع ثم الكلمات والجمل. ويعد التشكيل (Shaping) من اشهر تطبيقات نظريته المتمثلة بالاشراط الإجرائي (Operant Conditioning).

وقد يحدث التعميم عندما يتعلم الطفل اللفظة في بداية تعلمه ، وإطلاقها على كل شيئ شبيه بما تعلمه ، فمثلا إذا تعلم الطفل كلمة (كلب) من خلال عملية تعزيز، فأنه يمكن أن يطلقها على كل حيوان يمشي على أربعة أرجل ، لكن عندما يعزز الطفل فقط عند الاستخدام الصحيح ، سيميز أن لفظة (كلب) هي التي يعزز من خلالها. ويمكن التحكم باللغة التي يكتسبها الأطفال من خلال عملية التعزيز .

أمـــا نظريـــة الـــتعلم الكلاســـيكي التـــي ارتبطـــت بالعـــالم الـــروسي ايفـــان بـــافلوف (Ivan Pavlov) التي ترى أن الطفل يتعلم الكلمات من خلال عملية الارتباط .

فلو فرضنا أن الطفل الصغير ذهب ومسك المدفأة واحترقت يده فهو يسـحبها بسرعـة، لـذلك تكـون المدفأة مثير طبيعي (غير شرطي) وتكون استجابته طبيعية وهي سحب اليد بسرعة . ولنفرض أن الطفـل حاول مسك المدفأة ، وصرخت الأم به قائلة له نار، لكن التحذير جاء متـأخرا، ففـي هـذه الحالـة سـيربط هذه الكلمة بالاستجابة الطبيعية غير المباشرة ، لذلك سيتمثل الطفل هذه الكلمة من خـلال ارتباطهـا بمـا حدث له. كذلك عندما يكتسب الطفل لفظة ماما التي تعد مثير شرطيا لارتباطه بأفعـال الأم التـي تـؤدي إلى إرتياح الطفل كإعطاءه الحليب الذي يعد مثير طبيعـي (غـير شرطـي) ونتيجـة إرتبـاط لفظـة مامـا (المثير الشرطي) يكتسب الطفل لفظة ماما .

وعندما يقترن مثير بصري (مثير طبيعي) بمثير سمعي (مثير مشروط)الذي هو أسم الشيء ، ونتيجة للإقتران سيستجيب الطفل للمثير السمعي (المشروط) كاستجابته للمثير البصري (المثير الطبيعي أو غير المشروط) ، وبهذا يكتسب الطفل اللغة وفق هذه النظرية.

نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theory

ارتبطت هذه النظرية بعالم النفس بندورا (Bandura) والتي تفسر اكتساب اللغة عن طريق التقليد والمحاكاة ، لذلك يتعلم الطفل اللغة التي يتكلم بها آباؤه ، ويقلد اللهجة ذاتها التي يستخدمونها ، أي أنهم يقلدون ما يسمعون ، فإذا كانت اللغة عربية تعلمها الطفل من خلال التقليد والمحاكاة وكذلك بقية اللغات .

ولابد من الإشارة إلى أن نظرية التعلم الاجتماعي تتلخص في كون الفرد له ميل غريزي لتقليد الآخرين حتى لو لم يستلم أي مكافأة أو ثواب (الظاهر , ٢٠٠٤) .

ويستطيع الطفل وفق هذه النظرية اكتساب اللغة من خلال عملية التقليد والمحاكاة للكبار . فعندما ينطق الكبار المفردات يقلدها الصغار ، ويستمرون في تكرارها وخصوصاً تلك التي تدخل في مجال خبرتهم ، اي الأشياء التي يألفونها المرتبطة بشكل أساسي بحواسهم. ويبدأ الطفل بإختصار الجمل التي يقلدها من الأشخاص المهمين في حياته ، فإذا قالت الأم سأمشي في الحديقة ، يقولها الطفل أمشي حديقة ، حيث يحذف في البداية في الغالب أل التعريف وحروف الجر . ويكون دور الآباء هو إعادة الجملة بشكل كامل لكي يكررها الطفل ، فإذا قال الطفل ماما تفاحة ، تقولها الأم ماما تأكل التفاحة.

إن التقليد يلعب دورا مهما في اكتساب النحو، وهو يشكل العملية الوسطى إكتساب النحو العملية الأولى فهم الشكل النحوي لكلمات الكبار ، وتأتي العملية الثانية تقليد هذا الشكل النحوي ، أما العملية الثالثة هي استخدام الشكل النحوي في جملهم الخاصة بهم .

النظرية التفاعلية (Social Interactions)

ترتبط هذه النظرية مع أحد طلاب بافلوف (Pavlov) وهو فيجوتسكي(Vygotsky) الذي يرى أن تعلم اللغة هي نتيجة للتفاعل الاجتماعي وهي لا تتقاطع مع النظرية السلوكية أو النظرية الفطرية لأن النظرية السلوكية المعاصرة بالرغم من أنها تؤكد على البيئة من خلال التفاعل الاجتماعي الذي يعد الأساس في اكتساب اللغة ، لكنها لا ترفض د ور الوراثة في السلوك الانساني .

ويرى فيجوتسكي (Vegotsky,١٩٧٨) "إنّ أي عمل يتعلق بتطور الطفل الثقافي يظهـر مـرتين: مـرةً على المستوى الاجتماعي Interpsychological ، وأخـرى عـلى المسـتوى الفـردي في نفسـية الطفـل وداخلـه (Intrapsychlogical)". ومن هنا يتبين دور الأقران في نمو وتطور الطفل وخصوصا إذا أختير الأقـران بشـكل صحيح .

النظريات الفطرية:

جاءت النظرية الفطرية كرد على المدرسة السلوكية التي تعتقد أن الطفل يولد وذهنـه صـفحة بيضاء ، ويكتسب اللغة عن طريق ردود الأفعال المنعكسة ، ويتعلم اللغة مثل أي عادة يتعلمها.

أما النظرية الفطرية ورائدها نعوم جامسكي (Chomsky) فقد رفضت النظرية السلوكية. ويـرى النظرية السلوكية بأنها آلية لأنها تنظر إلى الإنسـان وكأنـه حاسـب آلي تـتم تغذيتـه بكلـمات (مـدخلات) ويعاد انتاجها (مخرجات) ، ويعتقد أن هذه النظرة مكبلة للغة في حين يراهـا جامسـكي مهـارة مفتوحـة النهايات . لذلك يرى جامسكي أن المثير والاستجابة لا تكفـي لتفسـير امكانـات الطفـل في اسـتخدام اللغـة وفهمها .

لقد زعم جامسكي أن اللغة الكلامية قدرة فطرية مخلوقة لدى الفرد ، وهي قدرة خلاقة تعمل بنظام في خلق اللغة والكلام حيث أن الطفل يولد وعنده مـن سـاعة ولادتـه قـدرة في اكتسـاب لغـة الأم، وعندما يستوعب الطفل القواعد المختلفة التـي تعتمـد عليهـا اللغـة، تتكـون عنـده القـدرة عـلى الخلـق والابتكار ، أي القدرة على تركيب الجمل المختلفة

التي يريدها في الوقت والظرف المناسبين ، دون أن يكـون بالضرـورة قـد سـمع تلـك الجمـل أو حفظها ممن حوله (مردان والساقي ،١٩٨٢).

ولقد وصف جامسكي (Chomsky ,١٩٧٥) القدرة الفطرية لدماغ الإنسان بأنها شبيهة بالصندوق الأسود (Black Box) ، ويرى أنها ضرورية لفهم القواعد القياسية للكـلام ، ولفهـم العلاقـات الأساسـية بـين الكلمات ، وقد أطلـق عليهـا أداة اكتسـاب اللغـة(Language Acquisition Device) وهـذه الأداة (القـدرة)

تعمل بشكل آلي. ويرى أن الكلام الذي يسمعه الطفل يدخل هذه الأداة التي تقوم على معالجة وتحليل كل ما يدخلها من كلام ، ونتيجة لذلك يجمع الطفل وبإستمرار وبشكل لا شعوري الأفكار مع قواعد اللغة ، ومن خلال هذه القدرة العصبية التوليدية يستطيع الطفل إنتاج اللغة وفهمها ، وبناء قواعدها، وإنتاج كلام نحوي ملائم بالاعتماد على نضج اللحاء المخي.

يتبين من خلال ما سبق أن النظرية ترى اللغة معقدة جدا ، وليس كما ترى نظريات التعلم من أن الطفل يكتسب اللغة على أساس مبادئ التعلم البسيط من خلال الارتباطات بين الكلمات والأشياء أو الأحداث مطبقا اشكال التعزيز لتقوية هذه الارتباطات .

يرى براون (Brown,١٩٨٧) في هذا الصدد أن الأطفال يولدون ولديهم القدرة الفطرية لتعلم اللغة، وهذه القدرة موجودة لدى أفراد الكائن البشري . لذلك نجد الطفل يكتسب اللغة بشكل سريع فالسنوات الخمس الأولى ليست كالسنوات الخمس التالية في التطور اللغوي، كذلك الحال بالنسبة للسنوات الأخرى . فهو يكتسب اللغة خلال الخمس او الست سنوات الأولى، وإذا لم يحقق ذلك، فأنه لا يستطيع اكتساب اللغة بقواعدها وأصولها في الأعمار اللاحقة ، وخير دليل على ذلك الطفل فكتور الذي وجد في غابة أفيرسون الفرنسية من قبل الصيادين، وأخذه ايتادر مدير معهد الصم والبكم في باريس، وعمل معه خمس سنوات لكنه لم يفلح في تعليمه اللغة ، كما هو الحال بالنسبة للآخرين الذين أتيحت لهم فرص اكتساب اللغة الأم . لأن الفطرة غير كافية لإكتساب اللغة ما لم تكن هناك بيئة تتحدث اللغة ، ويستعملها بحيث يحدث شكلا من التلاقي

بين الفطري واللغة الأم المستخدمة في البيئة التي يكون فيها . فالطفل في أغلب الأحيان يستوعب البنى الأساسية للغته وإدراك العلاقات الوظيفية الأساسية القائمة بين الكلمات في الجمل ، ويصبح له القدرة على الكلام وهو في سن السادسة من عمره، وقد تكون هناك فروق فردية حسب العمر العقلي للطفل هل هو أعلى من عمره الزمني أو أقل منه اضافة إلى متغيرات أخرى كالحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وأساليب التربية وغيرها.

ويرى الكاتب أن للطفل استعدادا فطرياً لإكتساب اللغة ، والبيئة المعاشة هي المحـرك الأسـاسي لهذا الاستعداد ، وبدونها لا يمكن أن يستثمر هذا الاستعداد .

النظريات المعرفية:

تركز هذه النظريات دور العمليات العقلية الداخلية ودور السلوك الخارجي حيث تهدف إلى تفسير كيفية حدوث المعرفة، وكيف تصبح ميكانيكية أو تلقائية، وكيف تختلط المعرفة الجديدة وتدخل في نظام التعلم المعرفي أليس(Ellis,١٩٩٨) .

إن هذه النظرية ترى أن إكتساب اللغة يجـب أن ينظـر إليـه ضـمن التطـور العقـلي للطفـل . فالبنى اللغوية تنشأ فقط إذا كانت هناك قاعدة معرفية.

وتعد نظرية بياجيه (Piageat) مـن أهـم النظريـات المعرفيـة التـي فسرـت النمـو المعـرفي عنـد الأطفال والتي رفضت مبادئ النظرية الفطرية ونظرية التعلم والاكتساب القائمـة عـلى التقليـد ، إذ يعـد اللغة عمل ابداعي أما التقليد فهو هامشي .

لقد فسر بياجية التغيرات التي تحدث على إدراك الأفراد وأساليب التفكير لديهم عـبر مراحـل النمو المتعددة . ويعتقد أن النمو اللغوي يرتبط إرتباطا وثيقا بالتطور المعرفي من خـلال تطـور العمليـات العقلية لديهم .

يختلف بياجية وجامسكي في تصور طبيعة البنية المعرفية إذ يرى الأول أن البنى المعرفيـة عامـة مرتبطة بأساس بيولوجي ، أنها بنية مخصصة لإكتساب اللغة التـي تعـد الوظيفـة البشرـية النوعيـة . أمـا الثاني (جامسكي) فيرى أن هناك بنى خاصة بالاكتسابات اللغوية وفطريتها مرتبطة بالطابع الوحيد للغـة البشرية (Ammar,٢٠٠٢) .

الفصل الثالث

- مراحل التطور اللغوي للطفل
- العوامل المؤثرة في التطور اللغوي للطفل
- كيف ننمي اللغة عند الأطفال

مراحل التطور اللغوي عند الطفل

تتطور اللغة عند الأطفال من مرحلة الجنين ، إذ يبدأ في المرحلة الفيتوسية بسماع الأصوات الخارجية فهو يسمع قبل أن يرى لذلك قدم الله في كتابه الكريم السمع على البصر .

وتعد عملية صرخة الطفل عند الميلاد هي النقطة الأولى لتهيئة اكتساب اللغة بالرغم من هناك عدة آراء فسرت صرخة الميلاد كفرضية الألم لتحوله من عالم كانت كل حاجاته مستجابة إلى عالم يتطلب منه محاولة الحصول على حاجاته . وفرضية الجو الجديد الغريب عليه الذي يهيأ أعضاء النطق للعمل المبكر حيث يخرج الهواء من الرئتين عبر جميع أعضاء النطق وخصوصا الأوتار الصوتية أو هو نتيجة ضغط الهواء الداخل إلى الرئتين لأول مرة في محاولة لإيجاد توازن بين درجتي الضغط داخل الصدر وخارجه، ويحتك الهواء اثناء دخوله بجدار الحنجرة فيحرك الاوتار الصوتية، وحينئذ تبدأ الحنجرة عملها مع خروج الهواء فتكون الصرخة الأولى . وتعد الصرخة الأولى إشارة ايجابية على صحة الوليد ، وعدم خروجها يعد مؤشرا سلبيا على صحته .

ويطور الطفل لغته من ولادته إلى خمس سنوات بشكل سريع، ويؤشر ذلك التطور على نمو ونضج الدماغ لديه . وقد يكون صعبا على الطفل ان يطور لغته بعد عمر خمس أو ست سنوات بإصولها وقواعدها . لذلك ينصح المختصون في هذا الجانب الأسر التي لدى أطفالهم خلل شديد في الأذن الداخلية بزراعة القوقعة الحلزونية بعمر مبكر لأن ذلك يساعدهم على اكتساب اللغة الطبيعية (الأم) (Natural or Mother Language) .

إن عملية النطق هي عملية ليست سهلة بالنسبة للطفل إذ يبذل جهدا كبيرا في السيطرة على إخراجها، ونرى الأسرة يغمرها الفرح والسعادة عند سماع أول كلمة ينطق بها الطفل حتى ولو كان يشوبها التحريف على اعتبار أنها الإشارة الأولى للتواصل معه. ويبدأ الطفل من يومه الأول اكتساب اللغة قبل أن ينطق بها، إضافة إلى التطور

الذي يحدث في الجانب العقلي والاجتماعي والانفعالي. يبدأ الطفل فهم الكلام قبل أن يكون قادرا على الكلام، ففي العمر المبكر جدا يتمتع الطفل بالنظر إلى الوجه والإستماع إلى الصوت .

ويكون هناك تدرج طبيعي من السهل إلى الصعب في أمور كثيرة، ومن بينها اللغة حيث يكتسب الطفل الأصوات الشفوية ، فأول الألفاظ التي يتعلمها الطفل بابا، ماما، والياء والميم حروف شفوية ثم يتعلم الأصوات الحلقية.

تتوقف عملية النطق على نضج أجهزة النطق والتعلم من خلال التنشئة الأسرية، وما يتعلق بها من متغيرات ، فقد يكون هناك فرق بين الطفل الذي ينشأ في أسر مثقفة وأسر غير مثقفة .

تتطور اللغة بشكل أساس عن طريق الاعادة والتقليد ، لذلك يفترض أن يكون المربون نماذج صحية لتعلم سليم. يستطيع الطفل خلال الأشهر الثلاثة الأولى أن يميز صوت أمه، ويستجيب بهدوء وابتسام عند التحدث معه، ويلتفت إلى الأصوات المألوفة، ويصدر أصواتاً تدل على الفرح ، ويبدأ بالهديل من خلال إعادة بعض الأصوات بشكل مستمر كإستجابة للأصوات .

وخلال الأشهر الثلاثة التالية يبدأ الطفل إدارة رأسه إلى المتكلم، ويراقب حركات فم المتكلم، ويستجيب إلى التغيرات التي تحدث في نغمة الصوت، وقد يغيربكاؤه وفقاً للسبب الذي أدى إلى ذلك ، ويمكن أن يصدر أصواتاً لجلب إنتباه الآخرين .

وخلال الأشهر الستة الثانية يستطيع الطفل البحث عن مصادر الصوت ، وينتبه بشكل مقصود إلى الكلام والأصوات الأخرى ، ويميز بين كلمات بابا ، ماما، ودادا، يستجيب بشكل ملاءم إلى النغمة التي تعبر عن الغضب أو تلك التي تعبر عن اللطافة، فيمكن أن يبكي في الأولى، ويبتسم أو يضحك في الثانية، ويعيد المقاطع، ويقلد نطق أصوات الكلام. ويستطيع في الأشهر الثلاثة الأخيرة من السنة الأولى أن يميز بين أصوات الأب أو الأم أو الجد أو الجدة أو الأخ أو الأخت وبقية أفراد الأسرة ، ويمكن أن

يستجيب لبعض الطلبات البسيط مثل أعطني الكرة ، أو افتح الباب وغيرها ، ويفهم الايمات الدالة عن الرفض أو القبول .

وهكذا يستمر التطور اللغوي عبر الزمن، ولكن التطور اللغوي لا يكون واحدا لجميع الأطفال إذ هناك فروق تبعا لمتغيرات بايولوجية وبيئية متعددة .

أما مراحل النمو اللغوي للطفل فهي عالمية لبني البشر عند اكتسابه لغة الأم بالرغم من أنّ المهتمين في هذا الحقل قد يقسمون المراحل بشكل قد يكون واحدا وإنما يختلف بعض الشيئ في المسميات .

ومن تقسيمات مراحل التطور اللغوي الطفل ما يلي :

- **مرحلة الأصوات الانعكاسية ويمكن تسميتها مرحلة ما قبل اللغة**

والتي تبدأ من صرخة الميلاد التي تمثل أول استخدام للجهاز التنفسي، والأصوات الانعكاسية كرد فعل للمثيرات التي يراها الطفل، والبكاء الذي يعد لغة التواصل بين الرضيع وأمه لإيصال رسالة إليها، وتكون هذه الرسالة لإعلامها بجوعه، أو ما يشعر به من ألم وقد يكون مرضاً أو لابتعادها عنه، أو لعدم ارتياحه لبرازه وتبوله على نفسه. ولابد من الإشارة إلى أن هذه الأصوات هي نشاط خوفي يؤثر بشكل ايجابي في النمو اللغوي. وعلى الأم أن لا تبالغ في اسكات الطفل عند الصراخ لأنه تعبير غريزي يلجأ إليه الطفل كلما أحس بحاجة ، كما أن له تأثيراً إيجابياً في تقوية الرئتين وتشغيل الحنجرة وتنشيط الأوتار الصوتية . لذلك يعبر الطفل عن حاجاته من خلال حركات الجسم وتعابير الوجه والبكاء مع الأصوات الانعكاسية التي تصدر عنه . وقبل أن يكون الطفل قادراً على الكلام يكون قادراً على الإنتباه بشكل انتقائي إلى الأصوات الكلامية.

- **مرحلة الهديل والمناغاة Cooing and Babbling stage**

يسبق مرحلة المناغاة الهديل والسجع (Cooing) من خلال اصدار أصوات مشابهة لاصوات علة، ويقلل هذا الهديل من بكاء الطفل. يبدأ الهديل من الأسبوع السادس إلى الثاني عشر ، ويستمر ما بين (١٥-٢٠ ثانية) (Lenneberg,١٩٦٧) .

يصدر الطفل في هذه المرحلة أصواتا لا تكون وسيلة لغاية معينة وإنما تكون غاية في ذاتها، إذ يعد ذلك انجازا كبير بالنسبة للطفل يؤدي به إلى المتعة والارتياح، ونتيجة لردود أفعال الأفراد المحيطين به يكتشف بشكل تدريجي فاعلية صوته .

إن أول الأصوات التي تخرج من الطفل هي الأصوات الحلقية المتحركة التي تكون نتيجة دخول الهواء إلى تجويف الفم دون أي عائق وهي (آ آ) ثم تظهر الأصوات الشفاه (ما ، با) . يكثر الطفل في هذه المرحلة أصوات العلة قياسا بالأصوات الساكنة. لا يوجد اتفاق بين المختصين على بداية هذه المرحلة وانتهائها قد تصل أحيانا إلى حد التناقض فمثلا يشير الزراد (١٩٩٠) إلى ما ذكره المهتمون في هذا الجانب فيرى لويس (Lewis) إن هذه المرحلة تبدأ من نهاية الشهر الأول وتستمر حتى الشهر الثالث، بينما يرى شتاين(Stein) **أن** هذه المرحلة تبدأ من الشهرالرابع للميلاد وتستمر حتى الشهر السادس وأوائل الشهر السابع، أما جيزل (Gezel) فيعتقد أن هذه المرحلة تبدأ من الأسبوع السادس وحتى نهاية الشهر الخامس، بينما يشير شيرلي (Shirley) إلى أن هذه المرحلة تبدأ وسطيا في الأسبوع الخامس والعشرين .

يستطيع الطفل في هذه المرحلة أن يظهر انفعالاته من سرور وفرح عن طريق الهديل والضحك أو الصراخ الذي يعبر فيه عن الغضب واللارتياح ، ثم تبدأ البأبأة هو إخراج صوت با أو ما لمرة واحدة، ثم تتدرج بمرور الوقت لتكون مكررة بابابا، ما ما ما، دادادا . وتكون كما يلي :-

- أصوات العلة (Vowels) مثل ووو ،ي ي ي
- تدمج أصوات ساكنة مع أصوات علة (Consonants and Vowels) مثل با، تا، دا.
- يتوسط صوت علة صوت ساكن ما زال صوت العلة سهل النطق مثل أدا ، أبا ، أما.

- تكرار البأبأة حيث يكرر المقطع المتكون من الصوت الساكن والصوت اللين (العلة) مثل بابا ، دادا ، ماما .

ويعتبر الهديل والبأبأة من التجارب الأولى التي يكتسب الطفل من خلالها التعزيز الاجتماعي والتي تهيأ للكلام لأنها بمثابة التحكم بالعضلات الدقيقة المطلوبة للكلام . وفي هذه المرحلة تصبح الأصوات أكثر قصدية وليست عفوية. وعلى الأم أن تناغي طفلها لأن المناغاة تعد الطريقة المثلى لتعلم اللغة، والطفل في هذا العمر يراقب حركة فم المتحدث معه .

- مرحلة التقليد

وهي تبدأ من الشهر التاسع من عمر الطفل حيث يقلد الطفل الأصوات ولكنه تقليد غير دقيق تتخلله الأخطاء كالإبدال والتشويه والتحريف.

تبدأ في هذه المرحلة الأصوات السنية (د ، ت) ثم الأصوات الأنفية، ثم الأصوات الحلقية الساكنة (ك ، ع) ، وعادة ما يتكلم الطفل مع نفسه أو مع ألعابه ، ويفترض تركه دون مقاطعته لما لها من أهمية في تطور قدرة الطفل على الكلام .

- مرحلة النطق والكلام

وهي المرحلة التي يبدأ الطفل فيها بنطق الكلمات بشكل قصدي، وتزداد الثروة اللغوية له.
فالسنة الأولى تعد مرحلة الكلمة الواحدة إذ يستطيع أن ينطق كلمة واحدة لتدل على جملة فمثلا يقول سوق أي ذهب أبي إلى السوق. أما السنة الثانية فهي مرحلة الكلمتين إذ يصدر الطفل كلمتين لتدل على جملة متكونة أكثر من ثلاثة كلمات وفي السنة الثالثة يمكن أن يصدر ثلاثة كلمات أو أكثر.

وفيما يلي جدول يوضح تطور اللغة عبر المراحل العمرية المختلفة (الظاهر ،٢٠٠٨).

جدول (٣) يوضح تطور اللغة عبر المراحل العمرية المختلفة

العمر	التطور اللغوي
منذ الولادة	البكاء ، الصراخ
أسبوعان	يصدر أصواتاً غير مفهومة
٤-٦ أسابيع	أصوات غير قصدية، البكاء يرتبط بحاجاته
٢-٤ أشهر	التعبير الانفعالي بالمناغاة للدلالة على الفرح والصراخ للدلالة على اللاراحة والانزعاج ويصدر مقاطع صوتية، با، ما، دا
٤-٧ أشهر	في بداية هذه المرحلة يكرر البأباة، بابابا، ماماما، دادادا يصدر أصواتا متنوعة، ويصل به الأمر إلى إصدار أصوات لغرض ما أي قصدية.
٧-١٠ أشهر	إصدار أصوات أكثر تطورا من المرحلة السابقة من حيث الشدة والنغمة والزمن، يقلد الأصوات التي يناغيها، ويبدأ في نهاية هذه المرحلة بفهم الكلمات.
١١-١٣ شهر	تدرج من الكلمة غير الواضحة إلى كلمة تدل على جملة فمثلا يقول الطفل باب وتعني "ذهب والدي إلى الباب" .
١٨ شهر	تزداد الكلمات التي تمثل ذخيرة الطفل .
١٨-٢٤ شهر	تزداد الكلمات التي تمثل ذخيرة الطفل، ويقترب من إصدار كلمتين لتمثل جملة.
٢٤-٣٦ شهر	يصدر الطفل في بداية هذه المرحلة كلمتين لتدل على جملة كاملة، وتزداد ذخيرته اللغوية في نهاية هذه المرحلة ليستخدم جملة تتكون من ثلاث إلى أربع كلمات تكون شبيه باللغة التلغرافية بلا حروف جر أو ضمائر
٣٦-٤٨ شهر	الكلام بمواقف التفاعل الاجتماعي ويبدأ استخدام الضمائر تزداد ثروته اللغوية .
٤٨-٦٠ شهر	فهم كلام الكبار والاستجابة ويمكنه أن يستخدم جملتين صغيرتين مثل اخرج وأغلق الباب، أو خذ القلم وضعه في الحقيبة، يستخدم اللغة في اللعب

إن التطور الذي أشرنا إليه في الجدول السابق ليس حالة مطلقة ، وإنما قد يتأثر بمتغيرات كثيرة منها تتعلق بالطفل نفسه من حيث السلامة الجسدية والعقلية والحسية، والمتعلقة بالبيئة وخصوصاً الأسرية، المستوى الثقافي للآباء، الوضع الاجتماعي الاقتصادي، الظروف الصحية المتعلقة بالانسجام الوالدي بعيداً عن المشاحنات وألوان الخصام والطلاق، التغذية الجيدة، وما يستلم من دفع وتعزي إضافة إلى

التغذية الراجعة. لذلك فان الطفل ذا الاضطرابات اللغوية يختلف في تطوره اللغوي عن الطفل العادي أياً كان سببه ، ويمكن تلخيص الفروق بين الطفل الـذي ينمـو بشـكل طبيعـي والطفـل الـذي لا ينمـو لغويـاً بشكل طبيعي من خلال الجدول التالي.

جدول (٤) يبين التطور اللغوي الطبيعي والطفل ذو الاضطرابات اللغوية [(١)]

الطفل ذو التطور اللغوي الطبيعي			الطفل ذو الاضطرابات اللغوية		
العمر	**الانجاز**	**الأمثلة**	**العمر**	**الانجاز**	**الأمثلة**
١٣ شهرا	الكلمة الأولى	هنا، ماما، زيد باي باي	٢٧ شهرا	الكلمة الأولى	هذا، ماما، باي باي، ربى
١٧ شهرا	تصل ذخيرته اللغوية إلى ٥٠ كلمة		٣٨ شهرا	تصل ذخيرته اللغوية إلى ٥٠ كلمة	
١٨ شهرا	مرحلة ربط الكلمتين الأولى	عصير أكثر، هنا الكرة TV، أكثر، ماما هنا	٤٠ شهرا	مرحلة ربط الكلمتين	هذه ربى، تفاح أكثر، هذه ماما، لعب أكثر

(١) Leonard, L (١٩٩٤) Language in preschool children in G. H. Shames, E. H. Wiig and W.A. Secord. Humman Communication Disorders. U.S.A. Allyn and Bacon.

٢٢ شهرا	المرحلة المتأخرة لربط الكلمتين (أكثر نضجاً)	حذاء أحمد،ثوب ماما، كأس طحين، رجل الكرسي	٤٨ شهرا	مرحلة المتأخرة لربط الكلمتين أكثر نضجاً	محفظة مامي، معطف بابا، كرسي حلو، مائدة العاب
٢٤ شهرا	كلمتان تكون جملة ذات معنى	أحمد نائم، سحر تأكل	٥٢ شهرا	كلمات تكون جملة ذات معنى	ماما تأكل، أخي صاحٍ
٣٠ شهرا	ثلاث كلمات تكون جملة ذات معنى	غادرت سيارتي	٦٣ شهرا	ثلاث كلمات تكون جملة ذات معنى	
٣٧ شهرا	أربع كلمات تكون جملة ذات معنى أول ظهور للطلبات المباشرة	هل يمكن آخذ بعض الكيك	٦٦ شهرا	أول ظهور للطفل المساعد (is)	منى مجنونة
			٧٣ شهرا	أربع كلمات تكون ذات معنى	
٤٠ شهراً	أربع كلمات ونصف تكون جملة ذات معنى		٧٩ شهرا	أربع كلمات تكون جملة ذات معنى وأول ظهور للطلبات المباشرة	هل يمكن آخذ الكرة

العوامل المؤثرة في التطور اللغوي للطفل

هنالك عوامل كثيرة تؤثر في التطور اللغوي للطفل وهي:

١- وضع الطفل نفسه هل هو سليم من الناحية الجسمية والصحية والحسية، فالقصور في السمع والبصر، واعتلال الصحة، والخلل في أجهزة النطق والصوت والرنين فعلى سبيل المثال العيوب التي تحدث في اللسان والأسنان أو سقف الحلق (الفتحة) أو الشفاه (الشفة المشرومة) أو التهاب الحنجرة أو شلل الأوتار الصوتية تؤثر بشكل كبير في النمو الطبيعي للغة الطفل .

٢- الحالة الانفعالية: إن سوء التوافق الانفعالي يؤثر في الطفل بشكل عام واكتساب اللغة بشكل خاص، وقد تكون نتيجة لأسباب بيولوجية، أو عوامل التنشئة فالصدمات والانكسارات النفسية تؤثر سلباً في اكتساب اللغة، لذلك تعد من الأسباب التي تؤدي إلى اللجلجة واللعثمة.

٣- الظروف الأسرية : ان للظروف الأسرية دوراً مؤثراً في التطور اللغوي وهي كثيرة جداً كأساليب التربية الوالدية، المستوى الثقافي للوالدين، الحالة الأولى لتعلم الطفل لمرحلة ما قبل المدرسة والتي تتناسب مع عمره الزمني والعقلي إذ هي تمثل أولا لغة، كما انه قد يحاكيها، كذلك حجم الأسرة، الترتيب الميلادي للطفل.

٤- الجنس: وقد يعود ذلك إلى عوامل بيولوجية إذ تشير الدراسات أن البنات أسرع نضجاً من الأولاد اذ يقدر تعظم المراكز العظمية والنمو العصبي لدى الإناث أسرع من مثيلاتها لدى الذكور بمدة تتراوح بين ٣-٦ أسابيع، وقد يصل هذا الفرق في النضج إلى سنتين ،(الوقفي ،٢٠٠٣).

وقد يكون أداء النصف الأيسر من الدماغ المسؤول عن اللغة أكثر نشاطاً عند البنات منه عند الذكور، فمنطقة بروكا هي التي تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل وبناء الكلمات والجمل ، إذ هي المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذه الوظيفة علاقة بقرب هذا المركز من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان

والحنجـرة في القشرـة الدماغيـة .وكـذلك هـو المسـؤول عـن شـكل الأفعـال وانتقـاء الكلـمات الوظيفيـة (السرطاوي وأبو جودة ،٢٠٠٠) .

وأضيف إلى ما سبق ذكره ان البنت غالباً ما تكون قريبة من الأم بينما يكون الولد بعيداً عنها، لذلك فهي تستلم من اللغة الشيء الكثير فهي تصاحب أمها أينما ذهبت، وهذا قد يساعد في نموها اللغوي.

٥- القدرات العقلية: إن اللغة نشاط عقلي معرفي لذلك فان الأطفال الأكثر ذكاء أكثر قدرة على اكتساب اللغة وقد وضحنا في الجدول السابق بين التطور الطبيعي للنمو اللغوي للفرد الاعتيادي والآخر الذي يتميز باضطرابات اللغة الفرق بين الحالتين، فالطفل المعاق عقليا لا يتعلم الكلمة الأولى التي تمثل جملة في نهاية السنة الأولى إذ تتأخر أحيانا إلى السنة الثانية أو الثالثة أو الرابعة، حسب درجة الإعاقة العقلية. لذلك تعد الاعاقة العقلية من أهم الأسباب التي تؤدي إلى التأخر اللغوي إذ هي تمثل المرحلة الثانية بعد استلام اللغة ، وكيف يتعامل الطفل مع هذه اللغة ؟ وكيف يدركها ؟ ومن ثم كيف يستعمل هذه اللغة في التواصل والتعبير عن الذات في شتى النواحي .

٦- النموذج الصحي للتعلم: إن وجود النموذج الذي يحتذى سواءً في البيت أو المدرسـة لـه تـأثير كبـير في نمو الطفل اللغوي، فهذا النموذج يراعي قدرة الطفل العقلية والنفسية والاجتماعية في اختيار ما هو مرغوب فيه بالنسبة للطفـل إضـافة إلى اسـتخدامه التعزيـز والتغذيـة الراجعـة التـي تـدفع الطفـل لاستغلال طاقاته وكوامنه إلى أقصاها، وقد تكون هذه النقطة مرتبطة بدرجة وعـي واتفـاق القـائمين على تربية الطفل.

٧- الحالة الاجتماعية والثقافية :إن للوضع الاجتماعي والثقافي لـلأسرة دورا كبـيرا في تنميـة التطـور اللغوي لأبنـائهم ، لأن الأسرة ذات المسـتوى الاجتماعـي والثقـافي العـالي يقـدرون تمامـا أهميـة إكتساب اللغة ودورها في الجوانب الحياتية والأكاديمية، لـذلك يحـاولون تطـوير لغـة أطفـالهم بشتى الأساليب مستخدمين التغذية الراجعة، ويبتعدون

عن السخرية من الطفل عنـدما يخطـأ، وانمـا يصـححون الخطـأ في الغالـب بطريقـة صـحيحة وبشكل تدريجي، كما أنهم يستخدمون أنواعا مختلفة من التعزيز لتكون نتائج السلوك مفرحة الأمر الذي يشجع الطفل على اسـتخدام اللغـة ، وبهـذا يتحقـق مبـدأ الممارسـة والتكـرار الـذي يساعد على إبقاء المفردات في الذهن ، كما تهيئه لتعلم مفردات جديدة .

إن الوضع الصحي المتأتي من الحالة الاجتماعية والثقافية يساعد على رفع دافعية الطفل في تعلم اللغة .

كما أن هناك ارتباطا بين الحالة الثقافية واللغة إذ ان التغـير الـذي يحصـل في الأولى يـؤثر في الثانيـة، لذلك فإن فهم العلاقة بين اللغة والثقافة يساعد في تقييم وضع الطفل، وفي الطرق العلاجية .

٨- التعزيز والتشجيع : يعد التعزيز من العوامل المهمة التي تدفع الطفل لإكتساب وتطور اللغة ، فعندما يلفظ الطفل كلمة ماما وتبتسم الأم له وتحضـنه، فتكـون نتـائج هـذه اللفظـة مفرحـة مـما تجعـل الطفل يكرر هذه اللفظة، وكذلك بقية الكلمات . كما أن الأم عندما تشجع طفلها على الكـلام يكـون له بالغ الأثر في التطور اللغوي، يتم ذلك من خلال

- الحديث معه بإستمرار .
- ترجمة نظراته وحركاته إلى كلمات .
- اللعب معه بما يرغب .
- ترديد الأناشيد والأغاني .
- جعل الطفل يشعر بالمتعة عندما تتواصل معه كالابتسام ، والحضن والمعانقة.
- إعطاءه الوقت الكافي للتعبير عن نفسه .
- تشجيعه على الترديد والتقليد .
- تعزيز الأصوات التي يصدرها .

٩- الحرمان العاطفي :وهو من العوامل التي تؤثر سلبا في التطور اللغوي سواء كان ذلك متأتٍ من الطفل نفسه نتيجة للانسحاب والتقولب حول الذات ، أو من الوالدين اللذين لا يمثلان الأبوة الحقيقية التي يجب أن تحقق حاجات الطفل الانفعالية .

وقد تكون هذه نتيجة للعلاقة السلبية بين الوالدين ، أو نتيجة لعدم التوافق بينهما مما يرجع بشكل سلبي على علاقتهما بطفلهما .

ويعتقد الكاتب أنّ العلاقة الإيجابية بين الأم والأب التي تسودها الحب والتفاهم والرضا تنعكس بشكل إيجابي على علاقتهم مع أبنائهم ، كما تؤثر في ذات الوقت على علاقة الأبناء فيما بينهم . ويحدث العكس إذا كان الحال عكس ذلك.

كيف ننمي اللغة عند الأطفال

- التفاعل المستمر مع الطفل بحيوية وحب من خلال التواصل اللفظي مع مراعـاة اختيـار الألفـاظ التي تتناسب مع قدراتهم العقلية .
- شجع الأطفال على تقليد الكلمات والأصوات مستخدما في ذلك التغذية الراجعة.
- حاول إضافة كلمات جديدة إلى قاموس الطفـل مـن خـلال المثـيرات البيئيـة التـي يتعـرض لهـا أو إضافة وصف أو توضيح لكلمه يعرفها سابقا فإذا قال تفاحة على سـبيل المثـال فقـل لونهـا كـذلك تفاحة حمراء أو تفاحة صفراء ، وإذا قال باب نضيف باب كبيرة أو صغيرة أو جميلة .
- حول قدر الإمكان اللغة غير اللفظية إلى لغة لفظية مختارا ما هو مناسب للطفل وبشكل تدريجي بحيث لا تثقله أكثر من طاقته .
- ترجم الفعل الذي يقوم به الطفل إلى لغة فإذا أمسك الطفل القدح فحول هذا الفعل إلى كلـمات أو كلمة واحدة فإما تقول له تريد شرب الماء ، أو تشرب أو ماء، وهذا مرتبط بعمر الطفل العقـلي .

- صف للطفل الأشياء التي تكون محل اهتمامه ، فإذا أشار إلى الباب فقل لـه بـاب، ويمكـن إضـافة نخرج منه ، وإذا أشار إلى لعبة فصف له كيف تعمل بألفاظ .
- وضح للطفل الكلمات الصحيحة إذا ما نطق كلمات ناقصة أو غير صحيحة فإذا قـال الطفـل ليـب يمكن تكرارها ببعض الإشارات التي تدلل على الاستفهام، وقل له يعني حليب وكررها أمام الطفـل مرات ، ويمكن وضعها في جمل مختلفة مثل تريد حليب ، تشرب حليب ، حليب طيب وهكذا .
- أطلب من الطفل تكرار الكلمات التي يقولها بشكل صحيح .
- كن في منتهى الوضوح والهدوء والبطء عند تصحيح لفظة نطقها الطفل بشكل غير صحيح ، فـإذا لفظ الطفل فاحة ويقصد بها تفاحة ركز على صوت التاء المحذوف وأعد الكلمة عدة مرات إلى أن ينطقها الطفل مستخدما في ذلك التعزيز .
- أعط الطفل الوقت الكافي لنطـق الكلمـة ، إذ أن الطفـل يشـكل نطـق الكلمـة في دماغـه قبـل أن ينطقها .
- حاول أن تركز في الحديث مع الطفل على اهتماماته الذاتيـة ولـيس اهتماماتـك وحـاول أن تكـون مساهمتك إيجابية.
- حاول أن تتوقف عن تعليم الطفل متى أحسست بعدم رغبته في المواصـلة مـن أجـل بنـاء علاقـة جيدة مع الطفل دون أن ينفر منك .
- استخدم اللفظ الصحيح لكي يقلدك الطفل بشكل صحيح لأن التعلم الخاطئ يحدث بسهولة لكـن تصحيح اللفظ الخاطئ يحتاج إلى جهد كبير.
- كلما تحدثت أكثر مع الطفل كلما رجع ذلك بشكل إيجابي في تطور لغة الطفل لذلك نرى البنـات أفضل من الذكور في الجانب اللغوي . ويضيف الكاتب اضافة إلى التفسير الذي يرجع السبب إلى التركيب الفسيولوجي تفسيرا آخر هو قرب البنت من أمها حيث يكون الحديث مستمرا بيـنهما ، بينما الولد يذهب بعيدا ليلعب مع الرمـل والحجـر والمـاء والأدوات الأخـرى كالدراجـة والسـيارة وغيرها.

- ابتعد عن أي تهكم أو سخرية أو عقاب إذا ما أخطأ الطفل ويفترض أن تتوقع ذلك .
- ابتعد عن الأسلوب السلطوي ، ولا تجبر الطفل على فعل ما لا يريد .
- استخدم لعب الدور قدر الإمكان عنـد تعلـيم الطفـل أو عنـدما تريـد تثبيـت الكلـمات في ذهـن الطفل .
- استخدم الأناشيد الهادفة ، وقراءة القرآن التي يمكن أن تزيد من ثروته اللغوية .
- عزز الطفل لأي نوع من التواصل حتى لو كان بسيطاً ، وسهل ما هو مطلوب من الطفل .
- حاول الإعادة ما استطعت ذلك لتثبيت المعلومات .
- انصت إلى الطفل بصبر وركز على حديثه ، وليس على الطريقة التي يتحدث بها.
- لا تسرع عنـد التحـدث مـع الطفـل ، وضـع فواصـل بـين عبـارة وأخـرى لتعطـي الطفـل الفرصـة للاستيعاب والفهم .
- حاول تلطيف الجو بما تراه مناسبا للطفل أو مجموعة من الأطفال لكي تخلـق عنـدهم حـس مـن العائدية للبيئة التي يتعاملون معها .
- استخدم اللعب قدر الإمكان في تعليم الأطفال اللغة لأبعاده عن الملل والضجر .
- حاول أن تستخدم أكثر من حاسة عند تعليم الأطفال لأن التعلم من خلال أكثر مـن حاسـة أفضـل من حاسة واحدة .

الفصل الرابع

تصنيف اضطرابات اللغة والكلام

الأفيزيا (احتباس الكلام) Aphasia

تصنيف اضطرابات اللغة والكلام

أولاً: التصنيف الذي يعتمد بناء وشكل ومعنى الكلمات ويتضمن

أ- **الصوتيات** (**Phonology**) وهو كيف يشكل الصوت الكلمات، وقد تختلف الأصوات وفق اللغات واللهجات، فالأصوات تميز لفظة عن أخرى .

والصوتيات هي الدراسة العلمية لأصوات الكلام، والأصوات هي التي تكون كلامنا ودراستها يعني كيفية تشكيل كل صوت من الأصوات وما يتطلب من أعضاء وحال المجرى إثناء الكلام ووضع الأوتار الصوتية .

والصوت هو أصغر وحدة لغوية قادرة على تغيير المعنى دون أن يكون لها معنى بحد ذاتها ، فالصوت (ج) لا معنى له بحد ذاته ، ولكن يمكن أن يغير المعنى إذا جرى تبديله ضمن الكلمة الواحدة ، فهناك فرق في المعنى بين (جال) و(سال) . ويمكن ان تكون الأصوات ساكنة أو متحركة.

تتكون الوحدات الصوتية (الفونيمات) في اللغة العربية من ست وعشرين وحدة صوتية صامتة(ساكنة) (consonant) عدا الوحدات الصوتية المتحركة الست (ا ، و، ى) والتي تعد أصوات متحركة طويلة في حين تكون الفتحة والضمة والكسرة أصوات متحركة قصيرة ، فالألف كصوت متحرك طويل تقابله الفتحة كصوت متحرك قصير ، والواو كصوت متحرك طويل تقابله الضمة كصوت متحرك قصير ، والياء كصوت متحرك طويل تقابله الكسرة كصوت متحرك قصير .

ويمكن دمج هذه الأصوات لتشكل وحدات أكبر هي المقاطع والتي يمكن من خلالها ظهور الشدة ، النبرة الصوتية ، الارتفاع ، المدى ، والنغمة ، إضافة إلى التوقفات .

يبدأ انتاج الأصوات عند الطفل منذ الولادة بالتطور، ففي الشهر الثاني من السنة الأولى يبدأ بالهديل، وتحتوي على أصوات العلة، ثم ينتقل في الشهر الرابع من السنة نفسها إلى البأبأة والتي يربط من خلالها الأصوات الساكنة بأصوات العلة .

ويمكن للطفل ذي التطور الطبيعي أن يميز ما بين السنة الأولى والسنة الثانية التلفظ للأسماء المألوفة .

وقد تظهر الاضطرابات بعدم القدرة على نطق الأصوات منفردة ، أو عدم القدرة على نطق الأصوات ضمن وحدات كلامية .

إن الطفل عندما لا يستطيع تلفظ معظم أصوات اللغة الأم بشكل مقبول، وبتتابع وفق أحكام اللغة خلال عمر معين لأقرانه الآخرين بنفس عمره ، فإن هذا الطفل يعاني من اضطرابات لغوية في النطق .

وفي الوقت الذي يتمكن كثير من الأطفال ما قبل المدرسة الذين يعانون من اضطرابات نطقية من تحسين نطقهم في مرحلة الدراسة الأبتدائية، وإن البعض منهم تبقى لديهم اضطرابات نطقية في مرحلة الطفولة والمراهقة، وقد تستمر حتى بعد هذه المرحلة (Felsenfled,Broen&McGue ,١٩٩٢) .

وفيما يلي توضيح لعملية نطق أصوات الكلمات :-

جدول (٥) مخارج الأصوات وتشكيلها

الصوت	المخرج	طريقة التشكيل
أ	الجوف(أقصى الحلق)	احتكاكي احتباسي (الشفاه مفتوحة بشكل طبيعي ، اللسان مستوي على قاعدة الفم بحيث يلامس الأسنان البلعوم مفتوح كاملا، اللهاة مرتفعة ، والحنجرة مرتفعة قليلا).
ب	الشفتان	احتكاكي انفجاري (انطباق الشفتين ، واندفاع الهواء من الفم بشكل انفجاري)
ت	مقدمة أو طرف اللسان مع الأسنان	احتباسي انفجاري (التقاء طرف اللسان بإصول الثنايا العليا، وانفصالهما ليحدث صوتا انفجاريا يشكل صوت التاء)
ث	مقدمة أو طرف اللسان وحافة الأسنان العليا والسفلى	احتكاكي (وضع اللسان بين الأسنان ، ليكون منفذا ضيقا لمرور الهواء)
ج	وسط اللسان وبداية سقف الحلق	احتكاكي (يظهر صوت الجيم نتيجة لالتقاء وسط اللسان بسقف الحلق وانفصالهما
ح	نهاية الحلق	احتكاكي (يحدث الصوت نتيجة للفراغ الحلقي وتَضيُّق المجرى الهوائي مسببا احتكاكا مسموعا).
خ	أدنى الحلق	احتكاكي (رفع أقصى اللسان ليكاد يحتك بأقصى الحلق ليخرج الهواء من خلال الفراغ الضيق بينهما).
د	طرف اللسان ومنابت الأسنان	احتباسي انفجاري (يخرج الصوت نتيجة لالتقاء طرف اللسان بصول الثنايا العليا وانفصالهما). الفرق بين التاء والدال الأولى مهموسة والثاني مجهور
ذ	طرف اللسان والأسنان العليا	احتكاكي (يحدث الصوت نتيجة لمرور الهواء من المنفذ الضيق بين طرف اللسان والأسنان العليا والسفلى . الفرق بين الثاء والذال الأولى مهموسة والثاني مجهور
ر	طرف اللسان والحلق	دائري تكراري(يظهر الصوت نتيجة لالتقاء طرف اللسان باللثة وعلى شكل انحباسات).
ز	مقدمة طرف اللسان	احتكاكي (نتيجة لالتقاء طرف اللسان باللثة خلف الأسنان العليا ، ويكون

	وحواف الأسنان السفلى	هناك ممر ضيق لخروج الهواء).
س	مقدمة طرف اللسان وحواف الأسنان	احتكاكي((نتيجة لالتقاء طرف اللسان باللثة خلف الأسـنان العليـا ، ويكـون هناك ممر ضيق لخروج الهواء). الفرق بين السين والزاي الأولى مهموسة والثانية مجهورة
ش	مقدمة اللسان	احتكاكي (التقاء طرف اللسان بمؤخرة اللثة ،وجزء من وسط اللسـان بسـقف الحلق ، ليكون ممرا ضيقا يسمح بخروج الهواء
ص	مقدمة طرف اللسان وحواف الأسنان	احتكاكي(يكون اللسان راجعا إلى الخلف ومرفوعـا ليلاصـق الحلـق الأعـلى). الفرق بين الصاد والسين الأولى مفخمة والثانية مرققة
ض	مقدمة اللسان وحواف الاسنان العليا	جانبي (يظهر الصوت نتيجة انفصال اللسـان عـن ثنايـا العليـا واللثـة بعـد التصاقهما). الفرق بين الضاد والدال الأولى مفخمة والثانية مرققة .
ط	طرف اللسان ومنابت الاسنان	احتباسي انفجاري(يكون اللسـان مقعـراً ومنطبقـا مـع الحلـق الأعـلى بعـد رجوعه إلى الأعلى قليلاً). الفرق بين الطاء والتاء الأولى مفخمة والثانية مرققة .
ظ	طرف اللسان وحافة الأسنان العليا	احتكاكي(وضع اللسان بين الأسـنان العليـا والسـفلى ، ويرتفـع اللسـان اتجـاه الحلق بعد رجوع قليل . الفـرق بـين الضـاء والـذال الأولى مفخمـة والثانيـة مرققة .
ع	نهاية سقف الحلق الرخوي	احتكاكي (يكون نتيجة لتضيق المجرى الهوائي في الفراغ الحلقـي بعـد وصـول الهواء من الحنجرة إلى وسط سقف الحلق). الفرق بـين الحـاء والعـين الأولى مهموسة والثانية مجهورة .
غ	أدنى الحلق	احتكاكي (يكون نتيجة خروج الهواء من ممر ضيق بين ارتفاع أقصى اللسـان وأقصى الحلق). الفرق بين الخاء والغين الأولى مهموسة والثانية مجهورة .
ف	الشفاه السفلى وحافة	احتكاكي (خروج الهواء من فتحة ضيقة تكون نتيجـة التقـاء الشـفة السـفلى

	الأسنان العليا	بالأسنان العليا بشكل غير كامل).
ق	أقصى اللسان وسقف الحلق الرخو	احتباسي انفجاري(عند التقاء الجزء الخلفي للسان باللهاة في أدنى الحلق وانفصالها ليحدث الصوت).
ك	وسط اللسان ووسط سقف الحلق	احتباسي انفجاري(يرتفع أقصى اللسان ليلتقي بأقصى الحلق الأعلى ثم يفتح المجرى الهوائي بعد انخفاض اللسان ليندفع الهواء محدثا صوت الكاف).
ل	أعلى طرف اللسان وحوافه وسقف الحلق	جانبي(نتيجة ابتعاد حافيي اللسان عن جانبي الفم بعد التقاء طرف اللسان بأصول الثنايا العليا واللثة).
م	الشفتان وفتح ممرات الانف	احتباسي (تنطبق الشفتان بشكل كامل ، وينخفض الحلق اللين ليسهل تسرب الهواء من التجويف الأنفي).
ن	أعلى طرف اللسان ومقدمة سقف الحلق	أنفي (يلامس طرف اللسان أصول الثنايا العليا ، وفتح الشفتين قليلا وانخفاض الحلق اللين ليخرج الهواء من الرئتين عن طريق الأنف).
هـ	الجوف أقصى الحلق	احتكاكي(يحدث نتيجة للانفراج الواسع للفم ليحدث الصوت) .
و	الشفتان	احتكاكي(الشفاه مضمومة إلى الأمام ومستديرة، رجوع اللسان إلى الخلف طرفه للأسفل والجزء الخلفي مرتفع نحو سقف الحلق).
ي	وسط اللسان	احتكاكي (أطراف الشفاه مفتوحة ومشدودة إلى الجوانب وطرف اللسان الأمامي مشدود إلى الأسنان الأمامية، وظهر اللسان مرتفع نحو سقف الحلق)

(الشخص ، ١٩٩٧ ؛ محمد ، ١٩٨٨ : الفوزان ،١٤٢٨هـ)

صفات الأصوات

١- الجهر :- وهي الأصوات التي ينحبس فيها النفس في المخرج عند النطق بها وتهتز الأوتار الصوتية عند النطق بها ، وهي أ ، ب ، ج ، د ، ذ، ر ، ز ، ط ، ظ ، ض، ص، غ ، ع ، ق ، ل ، م ، ن ، ي .

٢- الهمس وهي الأصوات التي يجري فيها النفس لأنها لا تعتمد عليه ، ولا تهتز الأوتار الصوتية عند النطق بها ، وهي عشرة أصوات (ت ، ث ، ح ، خ ، س ، ش ، ص، ف ، ك ، هـ) ويمكن جمعها في الجملة الآتية حثه شخص فسكت أو سكت فحثه شخص .

٣- الاستعلاء : وهي الأصوات التي تتطلب ارتفاع جزء كبير من اللسان عند النطق بها وهي (خ ، ص ، ظ ، ط ، ق ، غ) .

٤-الإطباق وهي الأصوات التي تتطلب إطباق اللسان على الحلق الأعلى عند النطق بها وهي أربعة أصوات (ط ، ظ ، ص ، ض) .

٥- الانفتاح : وهي الأصوات التي لا تتطلب احتكاك اللسان بالحلق الأعلى وهي الأصوات جميعها عدا أصوات الإطباق

٦- الإذلاق : وهي الأصوات التي تكون خفيفة وسريعة الخروج من طرف اللسان وهي ستة أصوات (ب ، ر ، ن ، ل ، م ، ف) .

٧- الاستفال : وهي عكس الاستعلاء إذ يتطلب نطقها انخفاض جزء كبير من اللسان وأصواتها هي (أ ، ب ، ت ، ث ، ح ، ج ، د ، ذ ، ر ، ز ، س ، ش، ع ، ف ، ك ، م ، ل ، هـ ، ي ، ن)

٨- الاصمات : وهو عكس الاذلاق وهي الأصوات التي تكون ثقيلة وليست سريعة في خروجها بعيدا عن اللسان وهي (أ ، ت ، ث ، ج ،ح ،خ ، د ، ذ ، ز ، س ، ش ، ط ، ظ ، ص ، ض ،ع ،غ ، ق ، ك ، هـ ، و ، ي ، ل) .

٩- الشدة : ويتمثل بانحباس الصوت في المخرج ثم ينطلق مع الهواء وهي الأصوات (أ ، ب ، ت ، ج ، د ، ط ، ق) .

١٠- الرخاوة : عدم انحباس الصوت وخروجه بسهوله وهي الأصوات (ر ، ع ، ل ، م، ن).

١١- القلقلة : خروج الصوت الساكن بنبرة قوية في أصوات (ب ، ج ، د ، ط ، ق).

١٢- اللين : خروج الصوت بامتداد وسهولة وهما (و ، ي) الساكنتان بعد الفتح.

١٣- الصفير : وهو الصوت الذي يشبه الصفير عند خروجه وهي ثلاثة أصوات (ز ، س، ص).

١٤- الانحراف : هو ميل الصوت بعد خروجه من مخرجه إلى أن يتصل بمخرج آخر وهما الراء واللام .

١٥- المكرر : وهو من أصعب الأصوات الذي يتطلب ارتعاش طرف اللسان عند النطق به وهو صوت الراء .

١٦- الغنة وهو الصوت الرنان الذي يخرج من أعلى الأنف في صوتي الميم والنون.

١٧- التفشي : انتشار الهواء عند النطق به وهو صوت الشين .

١٨- الاستطالة : وهو امتداد الصوت في صوت الضاد .

١٩- الخفاء : وهو تلاشي صوت الصوت عند النطق به في أصوات (الهاء والواو والياء) (الشخص ، ١٩٩٧ ؛ محمد ، ١٩٨٨ ؛ الفوزان ،١٤٢٨هـ) .

ت- **التركيب** (Morphology) أو الصرف: وهو كيف تبنى الكلمات من خلال الإضافة أو الحذف لتغير المعنى فهناك فرق بين قلم وأقلام ، وبين خرج واستخرج، وبين كتب ويكتب. ويمكن أن تتحول الكلمة من فعل إلى إسم من خلال إضافة صوت واحد مثل كتب (فعل ماض) وعند إضافة صوت الألف يصبح (كتاب) وهو أسم، وقد نحول الكلمة من فعل إلى إسم من خلال تغيير حركة واحدة مثل (تعاون) وهي فعل عند وضع الفتحة على الواو ، وتغير إلى إسم عندما نغير الفتحة الموجودة على الواو بضمة .

والمورفيم (Morpheme) هو أصغر وحدة كلامية ذات معنى، ويمكن أن تكون الكلمة متكونة من مورفيم واحد مثل (جبل) أو إثنان مثل جبلنا أو ثلاثة مثل جبالهم أو أربعة كجبالهم .

وهناك نوعان من المورفيم :-

١- مورفيم معجمي (Lexical) وقد تكون أكثر من معنى مستقل كالأسماء والأفعال ، والصفات .

٢- المورفيم القواعدي مثل حروف الجر ، حروف العطف، حروف الرفع والنصب والجر .

ج- **النحو (Syntax) :** يبدأ اكتساب التراكيب بشكل فعلي عندما ينطق الطفل كلمتين لتشير إلى جملة، وتكون منطوقاتهم في هذه المرحلة مختصرة ، وفي الغالب من صنعهم أي ليس بالضرورة أن تكون تقليدا حرفيا لكلام الراشدين .

وعلى أية حال فإن قواعد اللغة هي التي تعطي الجملة معناها فيرفع الذي يقوم بالفعل، وينصب الذي يقع عليه الفعل فهناك فرق شاسع بين "إنما يخشى اللهَ من عبادة العلماءُ وإنما يخشى اللهُ من عبادة العلماءَ. ففي الأول خصص العلماء بخشيتهم من الله لأنهم أكثر استخداما للعقل، ونحن أدركنا الله من خلال العقل ففيها تخصيص، بينما الثانية تقلب الأمور رأساً على عقب لأنها تعني ان الله يخاف من العلماء، وهو ليس بصحيح .

ويمكن أن نغير الجمل من المعلوم إلى غير المعلوم ، ومن المثبت إلى النفي والأستقهام مثل أكل الولد التفاحة (جملة مثبتة للمبني المعلوم) ويمكن تغييرها إلى جملة منفية لتكون (ما أكل الولد التفاحة) أو إلى الأستفهام لتكون هل أكل الولد التفاحة؟ أو تحويل الجملة إلى المبني للمجهول لتكون التفاحة أكلت .

وترتبط القواعد بمعنى الجملة ، وقد لا تعطي الجملة معنى سليما إذا ابتعدت عن القواعد كما هو الحال عند قولنا قلنا التفاحة أكل الولد .

والقواعد النحوية يمكن ان نميز من خلالها أقسام الكلام (الأسماء، الأفعال، الحروف) كما تبين كذلك نوع الجملة هل هي جملة فعلية أو جملة أسمية .

والأصوات والتركيب والنحو يشكلون شكل اللغة. لذلك فإن الاضطراب النحوي يتمثل في صعوبة ضبط الكلمات وتشكيلها لأنها ترتبط ارتباطا وثيقا بالمعنى الذي تؤديه . وحال الكلمات من حيث الإفراد والتثنية والجمع ، واستخدام حروف الجر والعطف بشكل سليم .

د- **الدلالـة (Semantics):** يفهـم الطفـل خـلال السـنة الأولى معـاني الكلـمات ودلالات التعـابير وخصوصـا المألوفة إذ أن الطفل يستوعب دلالة الألفاظ قبل انتاج الكلام، ويستخدم الايماءات غير اللفظية . وفي السنة الثانية تزداد المفردات التي يفهمها .

يكون الطفل معاني أو دلالات للكلمات بعد أن يكون صوراً ذهنية ثابتة ، فعندما نقول للطفل بابا فأنه يعرف دلالة هذه الكلمة حتى في غياب الأب، فتصبح الرموز تشير إلى معنى أو دلالة .

ويتوسع الأطفال بالمعاني بمرور الوقت فيتعلمون على سبيل المثال رموز تدل على الكمية مثل (كثير – قليل) أو على الإتساع مثل (واسع – ضيق) أو الارتفاع مثل (طويل – قصير) لكنهم لا يدركون في بداية تعلمهم لهذه الكلمات بأنها متناقضة، ثم يدركون لاحقا أن هذه المفردات متناقضة . وقد تظهر الاضطرابات من خلال

- الاستخدام الخاطئ للكلمات من خلال المعنى
- العلاقات بين الكلمات (الكلمات المترادفة أو العكسية)
- العلاقات بين الجمل كإعتماد جملة على أخرى أو نفيها لجملة سابقة .

يكون نمو الجمل المتكونة من كلمتين بطيئا في بداية الأمر ، ثم تزداد سرعته بمرور الوقت . وتكون المنطوقات أما من الكلمات المحورية ذات الاستخدامات المتعددة ، أو تلك المنطوقات الواسعة المفتوحة .

ومن الأمثلة على المنطوقات المحورية (كثير ، قليل ، فوق ، تحت ، أمام ، وراء، ضيق، واسع ، كبير ، صغير وغيرها)

فمثلا لو أخذنا كلمة فوق فيمكن استخدامها (فوق الجبل ، فوق السطح، فوق المنضدة ، فوق الكتاب ، فوق الكرسي وهكذا) وكذلك بقية المفردات .

أما الفئة الثانية فتشمل جميع المفردات الموجودة في القاموس غير المحورية .

وبعد ذلك يصل الفرد إلى أن يفرق بين دلالة اللفظة الواحدة في سياق الجملة ، كما هو الحال في الفرق بين ذهب محمد إلى السوق، وذهب محمد إلى ما ذهب إليه أخوه ففي الأولى تعني الذهاب، أما الثاني فتعنى الموافقة وتعني محتوى اللغة. أو القول المعروف (طرقت الباب حتى كلّمتني ولما كلمتني كلمتني) حيث جاءت (كلمتني) بمعان ثلاث فالأولى بمعنى (تعب متني) والثانية بمعنى (تكلمت معي) والثالثة بمعنى (جرحتني) .

توظف المكونات السابقة للغة اجتماعياً لنقل الأفكار وفق السياق الاجتماعي والتي يطلق عليها (Pragmatism) أي التي تتلائم مع الزمان والمكان والموقف.

فاختيار الكلام يتطلب معرفة الموقف هل هو محزن أو مفرح ، ويفترض أن يتناسب مع الموقف، كما يفترض أن يتناسب مع المكان الذي يكون فيه فقد يكون الكلام ملائما للبيت، لكنه غير مقبول في المؤسسة التعليمية ، أو في مكان العبادة . كما يفترض أن يراعي الكلام الجنس فعندما يتكلم الشاب مع فتاة فعليه أن ينقي الألفاظ الملائمة، وقد لا يتطلب الحال ذلك عندما يتحدث مع صديقه . كما يجب أن يراعي المستوى العمري والعقلي عند اختيار الألفاظ التي تستخدم ، فالكلام الذي تختاره يجب أن يكون مناسبا للمتلقي، فعندما تتحدث مع طفل فعليك اختيار الألفاظ التي يفهمها ، وقد تضطر أن تستخدم العامية أحيانا ، ولكن عندما تتحدث مع شخص كبير مثقف فإنك تستخدم الألفاظ التي تليق بمستوى ذلك الشخص. ويتأثر اختيار الكلام كذلك بالموضوع ، هل هو علمي، ثقافي ، سياسي ، اجتماعي ، نفسي ، فعندما تتحدث مع سياسي فإنك مطالب باستخدام المصطلحات السياسية وتكون مفهومة ، لكنها قد لا تكون مفهومة عندما يكون الموضوع نفسيا .

لذلك يكون الحديث غير مقبول إذا خرج عن السياق الاجتماعي، أو إذا لم يستخدم الفرد مهارات المحادثة ، أو استخدم كلاما في غير وقته ، ولا يتناسب مع واقع الحال . إن التكامل اللغوي الصحيح يتطلب شكلاً ومحتوى ووظيفة صحيحا، وقد يحدث الاضطراب إذا حدث خلل في واحدة أو أكثر من النقاط الخمسة الآنفة الذكر.

ثانياً: تصنيف اضطرابات النطق والكلام على أساس السلوك

وهذا التصنيف هو الأكثر شيوعا ويتضمن :

أ- **اضطرابات النطق Articulation Disorders** :- وهي مشكلة في إصدار الأصوات بشكل صحيح، وقد تكون في الأصوات الساكنة أو في الأصوات المتحركة أو كليهما، نتيجة للمكان غير الصحيح أو اتجاه الهواء بشكل غيرطبيعي أو السرعة، وهي أكثر أشكال اضطرابات الكلام شيوعاً . يحدث اضطراب النطق في مرحلة الطفولة المبكرة ، ولا تعد في هذه المرحلة اضطرابا نطقيا إلا إذا استمرت معه في مرحلة الدراسة الابتدائية، ولابد من التفريق بين التطور الفونولوجي غير الناضج والتطور الفونولوجي المنحرف إذ يكون الأول تطورا طبيعيا لكنه أبطأ من التطور العادي، بينما المنحرف يمثل تطورا غير طبيعي. وقد استخدمت مصطلحات أخرى للإضطرابات النطقية كاللثغة (Lisp) و(Lalling) ، وهو كلام الأطفال الرضع. واللثغة ليست نوع واحد وإنما عدة أنواع مثل اللثغة الأنفية (Nasal Lisp) ويكون بعض أو كل مجرى الهواء عن طريق الأنف واللثغة اللسانية أو الأسنانية أو ما بين الأسنان وتوثر في نطق حروف (س ، ز ،ش) . أما أشهر المظاهر استخداما في هذا الجانب فهي:

١- الحذف (Omission)

وهو أن يحذف الطفل صوتاً أو أكثر من الكلمة بحيث تصبح غير مفهومة تماماً للمستقبل وحتى إلى المقربين له في بداية الأمر. فمثلاً ينطق كلمة باك بدلا من شباك،

وفاحة بدلا من تفاحة ويشير الشخص (١٩٩٧) في هذا الصدد إلى أن الأطفال الذين يعانون من الحذف يتصفون بما يلي:

أ- إن كلامهم يتميز بعدم النضج أو الكلام الطفلي (Childish speech). وتشير الدراسات إلى أن الحذف من اضطرابات النطق الحادة سواء بالنسبة لفهم الكلام أو التشخيص وكلما زاد الحذف في كلام الطفل صعب فهمه.

ب- غالباً ما يقل الحذف في كلام الطفل مع تقدمه في العمر، ومع ذلك فقد يظهر لدى الكبار ممن يعانون من التوتر الشديد، أو أولئك الذي يتحدثون بسرعة كبيرة.

ج- غالباً ما يميل الأطفال إلى حذف بعض الأصوات بمعدل أكبر من الأصوات الأخرى، فضلاً عن أن الحذف يحدث في مواضع معينة من الكلمات، فقد يحذف الأطفـال أصـوات ج ، ش ، ف إذا جـاءت في أول الكلمة أو في آخرها ، بينما ينطقها إذا أتت في وسط الجملة.

وقد يظهر الحذف في الأصوات الساكنة في نهاية الكلمة ووسطها أكثر مما تظهر في بداية الكلمة .

٢- التحريف (التشويه) (Distortion)

أي انحراف الصوت عن الصوت العادي المألوف فهو قريب من الصوت المألوف لكنه لا يحققه حقيقة، وقد يكون ذلك لعيوب في أجهزة النطق مثل الأسنان أو الشفاه أو يكون اللسان ليس في وضعه السليم. فكلمة طوبة تنطق توبة.

إن انحراف وضع الأسنان، أو تساقط الأسنان على جانبي الفك السفلي يؤدي إلى خروج الهواء من جانبي الفك وبالتالي يؤثر بشكل أساسي في نطق صوتي س ، ز . قد ينتشر التحريف في الطفولة المتأخرة أكثر من الطفولة المبكرة وبين الراشدين أكثر من صغار السن.

وللتشويه أسباب عديدة :-

١- تأخر الكلام عند الطفل حتى السنة الرابعة .
٢- وجود كمية من اللعاب الزائد عن الكمية الطبيعية .
٣- ازدواجية اللغة لدى الصغار أو قد تطغي لهجة على أخرى .
٤- تشوه الأسنان .
٥- قد ينتج التشوية نتيجة للسرعة المفرطة في الكلام .
٦- إصدار الصوت بشكل خفيف جدا لأن الهواء يأتي من المكان غير الصحيح.
٧- وقد يكون وضع اللسان خاطئاً عند عملية النطق .

٣- الإبدال (Substitution)

وهو من الإضطرابات الشائعة عند الأطفال الصغار ، وغالبا ما ينقص بمرور الزمن أي بتقدم الطفل في العمر . وهو إبدال صوت لغوي بآخر وخصوصاً في المراحل الأولى حيث ينطقون الصوت الذي يستطيعون نطقه بدلاً من الصوت المطلوب ، فمثلا يستبدل الطفل صوت الراء بصوت اللام فينطق رحلة لحلة، وشجرة شجلة، أو يستبدل صوت الكاف بصوت السين فيقول ستينة بدلا من سكينة أو يستبدل صوت الجيم بالباء فيقول دبنة بدلاً من جبنة، او يستبدل صوت الراء بالواو فيقول خووف بدلا من خروف.

يحدث الابدال نتيجة تحرك نقطة المخرج إلى الأمام وحينئذ يسمى ابدال أمامي كما هو الحال في ابدال صوت الجيم إلى دال مثل نطق كلمة جبنة دبنة إذ أن صوت الجيم ينطق من وسط اللسان بينما ينطق صوت الدال من الأمام. وقد يكون الابدال خلفيا على سبيل المثال عندما ينطق الطفل لفظة قمر أمر فمخرج الصوت (أ) من أقصى اللسان، بينما مخرج صوت القاف من أقصى الحلق ، وهذا يسمى ابدالا خلفيا .

ولا يتسم الابدال بالثبات حيث يختلف الابدال حسب موقعه في الكلمة على سبيل المثال نجد الطفل يستبدل صوت السين عندما يكون في أول الكلمة بصوت الثاء فينطق ثيارة بدل سيارة ، وعندما يكون الصوت في وسط الكلمة يستبدله بصوت الشين

فينطق كلمة شمسية شمشية ، أما إذا كان صوت السين في الأخير فيستبدل بصوت التاء فينطق كلمة موس موت .

غالبا ما يكون الإبدال في صوت واحد ويكون نتيجة لمصدر مجرى الهواء أو اتجاه مجرى الهواء ، أو حالة الأوتار الصوتية ، أو طريقة النطق ، أو حالة عضلات الطفل عند النطق. ولكن في الغالب يكون السبب لحالة الإبدال هو مكان نطق الأصوات، ويقل كثيرا في حالات أسلوب النطق وحالة الأوتار الصوتية .

يحدث الأبدال بشكل كبير جدا في في الوسط والأخير ، ويقل كثيرا في الصوت الأول .

٤- الإضافة (Addition)

وهي إضافة صوت إلى الكلمة مثل كلمة خبزات بدلا من خبز، أو هـ بابا سصباح الخير بدلاً من صباح الخير. وتعد الإضافة أقل أنواع اضطرابات النطق .

ولابد من الإشارة إلى أن هذه الاضطرابات جميعاً قد تكون طبيعية قبل مرحلة المدرسة لأنها تزول بمرور الوقت، ولكن بعد دخول الطفل المدرسة وبقاء هذه الاضطرابات فلابد من عرضه على المختصين لمعرفة السبب أو الأسباب التي أدت إلى ذلك ومحاولة علاجها.

وعلى أية حال فإن اضطرابات النطق تتفاوت بالدرجة من اضطرابات خفيفة إلى اضطرابات شديدة ، لذلك لا تكون درجة تأثيرها واحدة في الطفل نفسه ، وفي الأسرة فضلا عن عوامل أخرى كعدد الأطفال ، الحالة الثقافية والاجتماعية ، ترتيب الطفل، العمر الزمني ، العمر العقلي ، سمات الطفل الشخصية ، تعامل الأفراد المحيطين بالطفل، وغيرها .

ولا بد من الإشارة إلى أن هناك فروقا بين العيوب النطقية والفونولوجية، والجدول الآتي يوضح الفروق بينهما

جدول (٦) الفروق بين الاضطرابات النطقية والفونولوجية

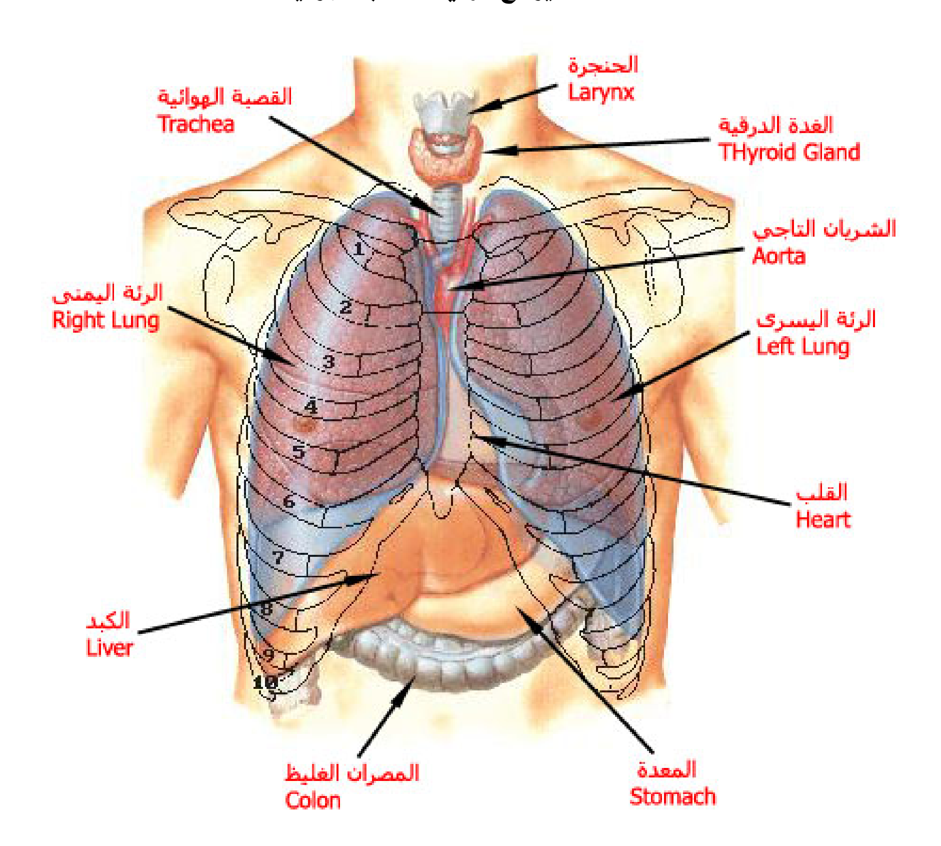
الاضطراب النطقي	الاضطراب الفونولوجي
تكون الأخطاء صوتية	تكون الأخطاء فونيمية
تكون الأخطاء أقل من الفونولوجية	تكون الأخطاء أكثر من النطقية
لا يؤثر في الفهم كما هو الحال بالنسبة للاضطراب الفونولوجي.	يؤثر في الفهم .
لا يؤثر في التطور اللغوي كالتراكيب والنحو والمعاني.	يؤثر في التطور اللغوي كالتراكيب والنحو والمعاني.
يكون علاجه صوت بصوت.	علاجه ضمن مجموعات ويعمم بعد ذلك.
يكون العيب في شكل الصوت وطريقة إصداره.	العيب في مفهوم الصوت على مستوى العمليات العقلية
صورة الصوت واضحة دماغيا.	صورة الصوت غير واضحة ، وقد تكون مختلطة مع أصوات مشابهة بشكل كبير.
تصنف الاضطرابات النطقية ضمن صوت واحد .	تصنف ضمن مجموعات ونماذج وليس ضمن صوت واحد بعينه .
غير محكومة بقواعد .	محكومة بقواعد فونولوجية محددة .
صعوبة اصدار صوت أو مجموعة من الأصوات لا يؤثر في النموذج، ولا يؤثر في الوضوح بشكل شديد .	انتاج اخطاء متعددة التي تشكل النماذج والاحكام تؤثرفي الوضوح بشكل شديد .
لا يرتبط ظهورها بعمر زمني .	تظهر في الطفولة المبكرة ، وربما تبقى إلى مرحلة الرشد .

أعضاء جهاز النطق

هنالك أجزاء كثيرة لجهاز النطق وهي :-

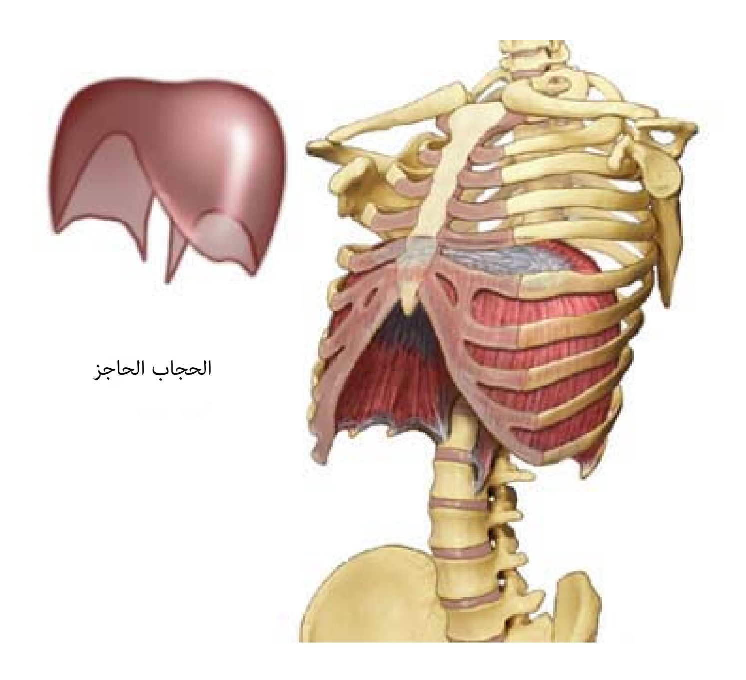
- الرئتان :- أعضاء كبيرة اسفنجية توجد في القسم العلوي من القفص الصدري. وهي المصدر الأساسي للهواء وبدونه لا يمكن أن تظهر الأصوات ، ومن خلال الشد (الانقباض) والارتخاء يخرج الهواء عن طريق القصبة الهوائية ليصل إلى الحنجرة. والشكل الآتي يوضح ذلك

شكل (١) يوضح الرئتين والقصبة الهوائية



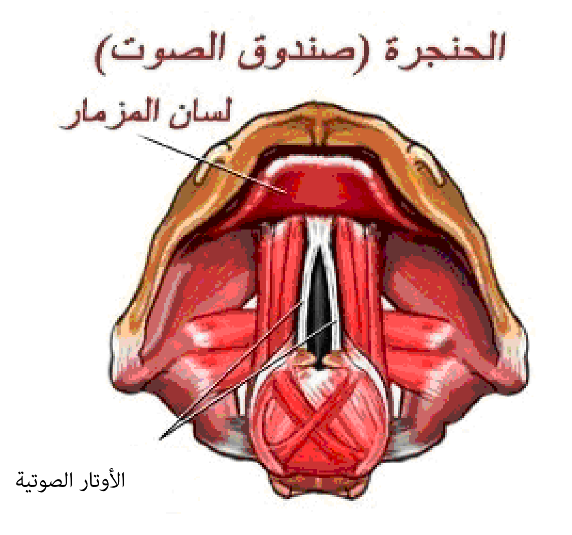
- الحجاب الحاجز :- وهو حاجزعضلي يفصل بـين القفـص الصـدري والتجويـف البطنـي، وظيفتـه ضغط الهواء في الرئتين من خلال عملية الزفير كما في الشكل الآتي.

شكل (٢) يوضح الحجاب الحاجز



- القصبة الهوائية :- وهي الممر الغضروفي الواصل من الرئتين إلى الحنجرة . تتفرع القصبة الهوائية إلى قصبتين هوائيتين واحدة تتجه نحو الرئة اليمنى والثانية تتجه نحو الرئة اليسرى كما في الشكل السابق.
- الحنجرة :- ويطلق عليها صندوق الصوت وتشتمل على الأوتار الصوتية والعضلات اللازمة لإخـراج الصوت . تتكون من مجموعة من الغضاريف مرتبطة بعضها ببعض بواسطة أربطة تسـمح بمـرور الهواء من البلعوم إلى الرئتين وشكل (٣) يوضح ذلك. أما وظائفها فهي تساعد على إنتاج الأصوات ، وتنظيم عملية التنفس ووقاية الرئة
- الأوتار الصوتية :- وهي أوتار تمتد من بالحنجرة نفسها أفقيا من الخلف إلى الأمام ويصدر الصوت عن طريق الفتح والإغلاق . والشكل الآتي يوضح ذلك
- لسان المزمار :- غضروف مرن يقع فوق الحنجرة وظيفته حماية الحنجرة من دخول الأجسام الغريبة ، ويسمح بدخول الهواء .

شكل (٣) يوضح الحنجرة والأوتار الصوتية ولسان المزمار



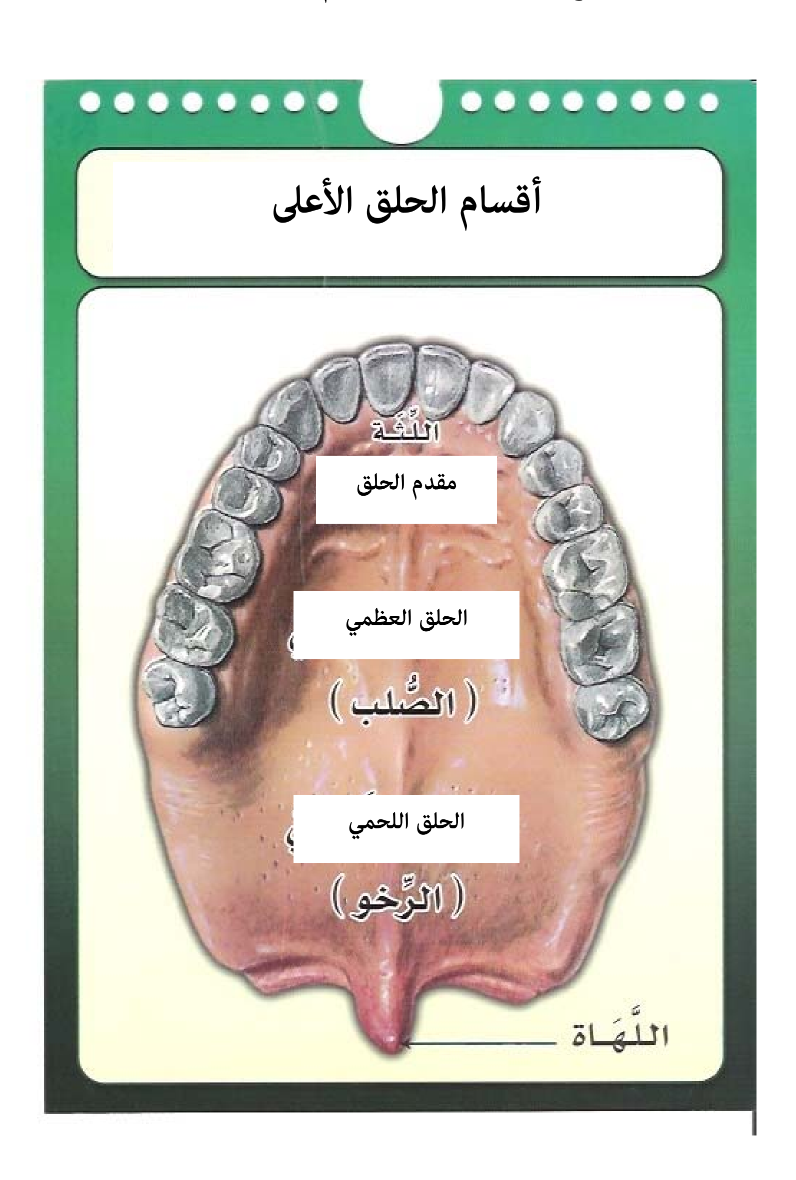
- البلعوم :- وهو القناة الواصلة بين الأوتار الصوتية وفتحة الحلق ، وهو ممر للهواء والطعام لذلك يعتبر جزءً من الجهاز التنفسي، وجزءً من الجهاز الهضمي. والشكل الآتي يوضح ذلك

شكل (٤) يوضح البلعوم



- اللهاة :- وهي الجزء المتدلي في أسفل الجزء الخلفي من الفم، والتي تعترض الهواء لتعطي شكلا صوتيا كما هو واضح في الشكل (٥).
- سقف الحلق الناعم :- هو الجزء المتحرك الواقع في الجانب العلوي من مؤخرة الفم، وعند نزوله إلى الأسفل يغلق طريق الهواء ويعيق مروره من خلال الفم، ويجعله يخرج من الأنف ، والشكل التالي يوضح ذلك .
- سقف الحلق الصلب :- وهو الجزء الواقع في أعلى منتصف الفم يلتقي باللسان ليشكل أصوات جديدة كما هو موضح في الشكل (٥) .
- اللثة :- وتقع خلف الأسنان مباشرة، وتشكل مع اللسان أصوات جديدة. والشكل الآتي يوضح ذلك .

شكل (٥) يوضح اللهاة وسقف الحلق الناعم والصلب واللثة



- الأسنان : وهي موزعة على الفكين، ولها دور كبير في تشكيل الأصوات من خلال التحكم بالهواء الخارج من الفم، كما أنها تلتقي مع اللسان لتشكل أصوات.
- الشفتان :- تقع في مقدمة الفم ، ولها دور كبير في تشكيل الأصوات، كما أنها نقطة التقاء مع الأسنان لتشكل الأصوات .
- الأنف :- وهو يمثل مجرى الهواء وخصوصاً في عملية الشهيق، وله دور كبير في تشكيل الأصوات . فتحاته الداخلية تؤديان إلى أعلى البلعوم .
- عضلات الوجه :- ولها دور في إظهار ملامح الوجه عند الكلام في حالات الفرح والغضب والتشنج والهدوء .

مكان نطق الأصوات

تقسم الأصوات من أول عضو من أعضاء النطق المتمثل بالشفتين وتنتهي بآخر عضو وهو الحنجرة وكالآتي :-

- الأصوات الشفوية وهي (ب ، م)
- الصوت الشفوي الأسناني وهو (ف)
- الأصوات الأسنانية وهي (ث ، ذ ، ظ)
- الأصوات اللثوية (المنطقة فوق الاسنان من الداخل) وهي (ت ، د ، ط ، ض، ر ، ز ، س ، ص ، ن)
- الصوت ما بعد اللثوي وهو (ش)
- الصوت الحلقي (المنطقة الصلبة) وهو (ج)
- الأصوات الحلقية (المنطقة الرخوة) وهي (غ ، خ) و (ك) في نهاية المنطقة الحلقية الصلبة.
- الصوت اللهوي وهو (ق)
- الأصوات الحنجرية وهي (هـ ، أ) .

ب- اضطرابات الصوت Voice Disorders

قبل أن نتكلم عن الصوت المضطرب لابد أن نسأل ماهو الصوت الطبيعي؟ وقد لا يكون سهلا الإجابة على هذا السؤال لأن كل فرد له صوت خاص به ، ولكن يمكن القول بشكل عام أن الصوت الطبيعي هو الذي يقبله المجموع وليس بشكل مطلق لنضع مجالا للإستثناءات والذي يكون مريحا ويبعث على السرور ويتناسب مع العمر الزمني والجنس من حيث علوه وشدته نوعيته .

ويحكم على الصوت بأنه مضطرب إذا كان ارتفاعه وانخفاضه غير طبيعي، أو كانت شدته أو نوعيته غير طبيعية إذ يمكن الحكم على اضطراب الصوت من خلال :-

١- طبقة الصوت (Pitch)

يعتاد الأفراد على استخدام طبقة معينة من طبقة الصوت من حيث الارتفاع والانخفاض بالنسبة للسلم الموسيقى ، فإذا كان الطفل يتصف بارتفاع الصوت بشكل غير عادي ولا يتناسب مع عمره وتكوينه الجسماني ، وجنسه فهو صوت غير طبيعي كذلك الحال إذا كان الصوت منخفضاً "همسياً" ، أو قد لا يستطيع الفرد التحكم بصوته بحيث يكون على وتيرة واحدة .

تتأثر طبقة الصوت بطول الأوتار الصوتية وسمكها ودرجة توترها (شدتها) إضافة إلى حجم الهواء الخارج من فتحة المزمار (الشخص ،١٩٩٧ ، ص٢٧٢) .

ويمكن ان تحدد حجم الحنجرة طول الأوتار الصوتية، وعندما تكون حجم الحنجرة صغير تكون الأوتار الصوتية قصيرة مما تكون طبقة الصوت عالية .

وقد تختلف طول الأوتار الصوتية وفق العمرالزمني والجنس إذ تكون طولها عند الأطفال حديثي الولادة ما بين (٢,٥-٣ ملم) بينما تصل في مرحلة البلوغ إلى أكثر من (١١ ملم) . ويختلف طول الأوتار الصوتية وفق متغير الجنس في مرحلة البلوغ إذ تكون عند الرجال البالغين ما بين (١٧-٢٥ ملم) بينما تكون عند النساء ما بين (١٢,٥-١٧,٥ ملم)(Thurman & Welch ,٢٠٠٠) .

أما إذا كانت حجم الحنجرة كبيراً جدا فإن انتاج الصوت سيكون بطبقة واطئة. وإذا كانت المرأة لديها حنجرة كبيرة والرجل لديه حنجرة صغيرة فإن الصوت سيكون غير عادي (Silverman,٢٠٠٤) .

ومن حالات اضطراب طبقة الصـوت، الصـوت المـرتعش (Shaky Voice) إذ يكـون الصـوت غـير متناسق من حيث الإرتفاع أو الانخفاض أو الطبقة الصوتية، وقد يكون هذا الإضطراب نتيجة إصابة الفرد بإلتهابات دماغية تجعله غير قادر على التحكم بحركات أعصابه .

والصوت الذي يكون على رتابة واحدة (Monotone Voice) أي لا يستطيع الفرد التحكم به من حيث الارتفاع والانخفاض ، ويبقى على وتيرة واحدة وإيقاع واحد، ولا يستطيع الفرد أن يغير من الإرتفاع أو الشدة أو النغمة مما يجعل الصوت شاذا وغير مستساغ للمستقبل ، وقد تكون نتيجة لتصلب الأوتار الصوتية .

واضطراب الفواصل في الطبقة الصوتية(Pitch Breaks) وتتمثل بالتغيرات السريعة التي تحدث أثناء حديث المتكلم .

أما أهم الأسباب المؤدية إلى اضطراب طبقة الصوت هو الخلل الهرموني ، وتأخر البلوغ الجنسي، وعيوب الحنجرة ، وقد يكون وظيفيا من خلال تعليم الجنس الآخر، أو الانفعالات التي يمر بها الفرد .

٢- شدة الصوت Intensity

إن الارتفاع الشديد أو النعومة غير العادية لما يتطلبه واقع الحال وبما يتناسب مع المعاني المبتغاة يشكل مظهراً من اضطراب الصوت.

تتأثر شدة الصوت بدرجة شدة الأوتار الصوتية ، ومقدار ومعدل انسياب هواء الزفير.

ومن العوامل التي تسبب ذلك ما يلي :-

أ- الأمراض الصدرية والرئوية التي تصيب الفرد .

ب- التهابات الحنجرة .

ج- ضعف السمع .

د- الخوف المرضي من الصوت المرتفع ذاته ، ويضطر الفرد إلى الكلام بصوت مرتفع .

ولكن لماذا يكون صوت الأفراد الذين لديهم فقدان سمعي عاليا لبعضهم والبعض الآخر واطئاً؟ إنَّ هذا يرتبط بالسبب الذي أدى إلى فقدان السمع هل هو في الأذن الوسطى (Conductive hearing loss) أو في الأذن الداخلية (Sensorineural hearing loss) فعندما يكون فقدان السمع حسي عصبي فإن الفرد يسمع الأصوات بشكل أنعم مما هي عليه الأمر الذي يؤدي به إلى ارتفاع الصوت ، أما في حالة فقدان السمع التوصيلي فإن الفرد يسمع الأصوات أعلى مما هي عليه بحد ذاتها وبالتالي يميل صوته إلى الانخفاض .

٣- نوعية الصوت Quality

إن نوعية الصوت الطبيعي هو الصوت الذي يخلو من الهمس والبحة والخشونة والخمخمة.

ويقسم اضطراب نوعية الصوت إلى:

- اضطراب نغمة الصوت Tone حيث تكون نغمة الصوت مضطربة إذا كانت تتميز بالخشونة (الصوت الخشن الغليظ Hardness) ، ويكون هذا الصوت غير مرغوب فيه حيث يكون مرتفعا في شدته ومنخفضا في طبقته ، يصاحب ذلك حالة من التوتر الزائد والإجهاد . تكون هذه الحالة في أغلب الأحيان نتيجة للصراخ العالي أو الغناء العالي المستمر، أو الأفراد الذين يجهدون الأوتار الصوتية عن طريق الصياح الطويل والمستمر .

أو الهمس (الصوت الهامس Breathiness) وهو الصوت الخافت الضعيف، وقد يكون مصحوبا بتوقف كامل ، ويحاول الفرد وخصوصا المريض التحدث إثناء عملية الشهيق مما يؤدي إلى نقص كم الكلام أي لا يوجد تناسب بين عدد الكلمات المحكية والفترة الزمنية العادية .

أو البحة (Hoarseness) ويتصف الصوت المبحوح بأنه خليط من الهمس والخشونة ويحدث في كثير من الحالات نتيجة للصراخ الشديد المستمر كما يحدث عند الترتيل

والغناء أو للإصابة بالبرد أو أحد الأعراض المرضية للحنجرة أو التدخين . يكون التنفس في هذه الحالة صعباً والصوت لا يتسم بالوضوح .

- اضطرابات رنين الصوت (Resonance) يكون رنين الصوت مضطرباً إذا اتصف بالخمخمة (الصوت الأنفي) وقد يرتبط ذلك بشكل أساسي بشق الحلق (Cleft palate) ، أو حالات انسداد الأنف. وعادة لا تتضمن اللغة سوى أصوات أنفية قليلة. وفي الوضع الطبيعي ينفصل التجويف الأنفي عن جهاز الكلام بفضل سقف الحلق الرخو إثناء إخراج الأصوات الأخرى غير الأنفية ، أما إذا كان التجويف الأنفي مغلقاً ، فإن صوت الفرد سيتصف بطبيعة أنفية أي كما لو أن الفرد يتحدث من أنفه . لذلك تعد الخمخمة (الخنف) من الخصائص الرئيسية التي يتصف بها الأطفال المصابون بشق سقف الحلق .

تعد الخمخمة من الاضطرابات الصوتية التي تصيب الذكور والإناث على حد السواء، وبالرغم من قلة شيوعها قياسا بالاضطرابات الأخرى إلا أن لها تأثير في وضوح الرسالة ، كما قد تؤدي إلى عدم ارتياح المتلقي فضلا عما تضفيه من حرج وخجل لدى الفرد . ويمكن للمتلقي أن ينسحب لعدم ارتياحه للصوت ، كما يمكن للفرد المصاب بالخنف أن يقلل من تواصله مع الآخرين لأن الصوت يخرج من التجويف الأنفي ، وانغلاقه اثناء النطق فيصبح الفرد وكأنه يتحدث بأنفه ، ويقلب صوت الميم على شكل با أو دال .

تنتشر هذه الحالة بين الأطفال المصابين بشق الحلق (Cleft Palate) التي قد تكون سببا لجانب وراثي أو إصابة الأم بالحصبة الألمانية، أو تعرض الأم لأشعة أكس وخصوصا خلال الأشهر الثلاثة الأولى .

تؤثر مشكلة الخمخمة أو الخنف في إخراج الأصوات بشكل واضح سواء كانت أصوات ساكنة أو متحركة عدا صوتي الميم والنون، فالفرد الطبيعي يخرج الأصوات من الفم ما عدا الأصوات الأنفية (م ، ن ، ج) .

والخنف أنواع ثلاثة هي :-

- الخنف المفتوح : حيث يخرج الفرد المصاب بهذا النوع من الخنف جميع الأصوات من الأنف وقد يعود ذلك إلى خلل في الصمام اللهائي البلعومي .
- الخنف المغلق : وينطق الفرد المصاب بهذا النوع جميع الأصوات من الفم، وكأنه مصاب بالزكام ، ويعود سبب ذلك انسداد المجاري الهوائية في تجويف الأنف .
- الخنف المشترك : وهو النوع الذي يجمع النوعين السابقين .

يؤثر الخنف في بناء شخصية الفرد، فقد تزرع في نفسه حالـة مـن القلـق والـتردد والانكـماش، ونظـرة سـلبية تجـاه الـذات أو مفهـوم الـذات الأمـر الـذي يـنعكس بشـكل سـلبي في توافقـه الشخصيـ والاجتماعي .

يتطلب شق الحلق عملية جراحية لترقيعها ، ويفضل أن تجرى بعمر مبكر ، وعندما لا تعمل هذه العملية بشكل مبكر فيصار إلى عمل غطاء من البلاستيك لسد الفتحة الموجودة في سقف الحلق .

يحتاج الطفل الذي تجرى له العملية تأهيلا كلاميا لتدريبه على إخراج الهواء من الفم وليس من الأنف ، وعلى سحب الهواء إلى الداخل عن طريق الأنف .

وأشارت هاهن (Hahn) في العبد الله (٢٠٠٥) إلى أهمية وضع برنامج للأسرة في المراحل المبكرة من عمر الطفل ، يتكون من المراحل الآتية :-

أولا : برنامج تغذية الطفل

تعد تغذية الطفل الذي يعاني من شق في سقف الحلق من الأمور الصعبة وذلك لانخفاض الضغط داخل الفم اللازم لإتمام الرضاعة الطبيعية ، فإذا كان الطفل يعاني من شق جزئي في سقف الحلق ، فالأم قد تتمكن من إرضاع الطفل بصورة طبيعية ، وقد ينصح باستخدام وسيلة بلاستيكية مصممة بشكل خاص لغلق سقف الحلق بحيث تمكن الطفل من الرضاعة وهو جالس باستخدام زجاجة قابلة للانضغاط مما يسهل عملية الرضاعة .

ثانياً: إعطاء الوالدين المعلومات عن المراحل الطبيعية التي يمر بها كل طفل لاكتساب اللغة والكلام مع شرح الجوانب التي يختلف فيها الطفل الذي يعاني من شق الحلق عن الطفل الطبيعي .

ثالثاً : التركيز على تنبيه الطفل لغويا وذلك عن طريق إكسابه مضمون لغوي لتنمية قدرته على الفهم واستخدام الأشياء المحيطة به والاستجابة الصحيحة للتعليمات الصادرة له من الآخرين، والتعبير عنها لفظيا من خلال التعرف على صور الحيوانات ، الملابس ، الطيور.. الخ وغالبا ما يسبق هذه المرحلة موعد إصلاح شق سقف الحلق .

رابعا: تبدأ هذه المرحلة بعد إجراء العملية بستة إلى ثمانية أسابيع، وذلك بإرشاد الوالدين كيفية تعليم الطفل استخدام بعض الأصوات مثل (ك ، ج) وإذا تدرب الطفل على نطقها يساعده ذلك على اكتساب بقية الأصوات الساكنة بصور أفضل ثم التدرج مع الطفل وتشجيعه على نطق جمل قصيرة مكونة من كلمتين مع التأكد على أهمية متابعة الطفل في المنزل لضمان استمرار نطق الأصوات بشكل صحيح إثناء كلامه .

٤- **الأفونيا (اختفاء الصوت) (Aphonia)** وهي من أشد انواع اضطراب الصوت أي اختفاء الصوت بشكل كامل ، أو عدم القدرة على التكلم .

والأسباب العضوية للأفونيا هي :-

أ- عدم وجود اوتار صوتية .

ب- الأوتار الصوتية صلبة جداً بحيث لا تهتز .

ج- عدم تقارب الأوتار الصوتية بشكل فاعل وذلك لأن ضغط الهواء غير كافٍ لإهتزاز الأوتار الصوتية كأن يكون بسبب شلل الأوتار الصوتية .

وعندما لا يكون هناك سبب عضوي للأفونيا فيكون حينئذ السبب وظيفيا اي سيكولوجيا ويطلق عليها في هذه الحالة الأفونيا الهستيرية (Silverman,٢٠٠٤) (Hysterical Aphonia).

ولابد من التفريق بين الأفونيا والدسفونيا(Dysphonia) إذ أن الثاني هو اضطراب صوتي، أو القصور في القدرة على اصدار الأصوات بشكل طبيعي، وغالبا ما يتصف الصوت بالبحة والضعف والارتجاف . تكون أسبابها عضوية أو وظيفية .

وقد تكون نتيجة لبعض أنواع التقطع في قدرة الأوتار الصوتية للإهتزاز بشكل طبيعي خلال عملية الزفير .

لذلك فإن الفرق الأساسي بين الأفونيا والدسفونيا هو أن الأول لا يستطيع اصدار الأصوات بينما الثاني يستطيع ذلك مع ما تتصف به من سلبيات .

وهناك من يقسم اضطرابات الصوت إلى الأنواع الآتية :-

١- اضطرابات الصوت العضوية وتشتمل على

أ- العيوب الخلقية للحنجرة وتتضمن ما يلي :-

١- مرض لين الحنجرة الذي يظهر عند الولادة أو بعدها بأيام .

٢- غشاء المزمار ويكون نتيجة عدم اكتمال تكوين قناة الحنجرة في الجنين ، وقد يكون هذا الغشاء عائقا في عملية التنفس ، وقد يؤدي إلى موت الطفل عند الولادة ، وربما يكون هذا الغشاء بسيطا الأمر الذي يجعل بكاء الطفل خافتا

٣- أخاديد الثنايا الصوتية حيث تؤثر في الصوت وتقلل من قوة الموجات المخاطية التي تحدث عند إخراج الصوت، ويحدث هناك تسيب في فتحة المزمار .

ب- إصابات الحنجرة التي تحدث عن طريق الحوادث كالضرب القوي على الرقبة أو الجروح لأي سبب كان أو الحروق سواء الحرارية أو الكيميائية .

ج- التهابات الحنجرة

د- حساسية الحنجرة

هـ- أورام الحنجرة الحميدة والخبيثة

و- الاضطرابات العصبية سواء كانت حركية أو حسية .

ز- اضطرابات الغدد الصماء مثل اضطرابات الغدة الدرقية أو الغدة النخامية أو تعاطي هرمونات الذكورة .

٢- اضطرابات الصوت غير العضوية :- وهي الاضطرابات التي لا يصاحبها تغيرات عضوية واضحة في تركيبة الأوتار الصوتية، ولكن في احتمال أن تسبب أعراض مرضية بسيطة على المدى لطويل .

وتكون إما اضطرابات اعتيادية أو نفسية، والنفسية قد تتمثل بفقدان الصوت بشكل كامل لفترة معينة بسبب ضغط نفسي قوي على سبيل المثال يمكن ان يصادف المرأة موقفا لا تقوى على احتماله فيسبب ذلك فقداناً كاملا للصوت ، أو قد يكون هروبا من مواجهة موقف لا يطاق .

وقد تكون الاضطرابات الصوتية مصاحبة لبعض الأمراض النفسية كالاكتئاب أو القلق المرضي وكثيرا ما يؤدي إلى بحة الصوت .

٣- اضطرابات الصوت نتيجة إصابات مرضية مصاحبة بسيطة : وقد تحدث نتيجة لاستخدام خاطئ ولمدة طويلة والتي قد تؤدي إلى عطب عضوي بالثنايا الصوتية وتشمل ما يلي :-

أ- الحبيبات الصوتية: وهي نوعان

- حبيبات الصراخ : وهو نوع يصيب الأطفال ويحدث عند الذكور أكثر من البنات .

- حبيبات المغنى :- وهذا النوع يصيب البالغين، وغالبا ما يحدث لدى الإناث ونادرا ما يحدث للذكور .

ب- لحمية الثنايا الصوتية : وهي من الحالات التي تصيب في الغالب الذكور ، وتكون عادة على ثنية واحدة ، ويمكن أن تؤثر في الثنية الأخرى إذا استمرت لفترة طويلة .

ث- أكياس الثنايا الصوتية : وتصيب في الغالب البالغين من الجنسين ، وتظهر على شكل كيس واحد أو عدة أكياس داخل جسم الثنية الصوتية .

د- وأزمة راينك : وتكون في صورة انتفاخ للثنية نتيجة للاستخدام الخاطئ أو المكثف للصوت ، أو قد تكون بسبب الالتهاب المزمن للجهاز التنفسي العلوي وخصوصاً الجيوب الأنفية ، وقد تؤدي بمرور الزمن إلى تغيرات تليفية ينتج عنها انتفاخات غير منتظمة ومتعددة .

هـ- الحبة الاحتكاكية: وهي زائدة صغيرة باهتة اللون على النتوء الصوتي لأحد غضاريف الحنجرة.

(www.alibabaa.com/vb٢٠/showthread)

ج- اضطرابات طلاقة أو انسيابية الكلام (التأتأة واللجلجة)

هو اضطراب في الإيقاع أو التواتر في طلاقة الحديث ، وذلك بحبسه بشكل متقطع ، أو تكرار تشنجي، أو مط للأصوات ، أو تكرار المقاطع اللفظية أو الكلمات أو العبارات. ومن مظاهر هذا الاضطراب التوقف إثناء الكلام، وجود مقحمات أو معترضات مثل (أم) أو (آآ) أو (أن) وما شابه ذلك، تكرار الصوت المنفرد، تكرار المقاطع الصوتية، تكرار الكلمات، تكرار الجمل، إطالة أصوات الحروف، الكلام بسرعة.

ومثال على التوقف عندما ينطق الطفل كلمة كتاب فتكون ك توقف تاب اما في الإطالة فتكون كـــــــتاب

أما التكرار فتكون أما بتكرار الصوت الأول كككككككككتاب أو بتكرارالمقطع كتكتكتكتاب أو الكلمة كتـاب كتاب كتاب كتاب .

وقد ورد في القرآن الكريم أن نبي الله موسى كان يعاني من صعوبة في الكلام

كما جاء في الآية الآتية من سورة الشعراء (ويضيق صدري ولا ينطلق لساني فأرسل إلى هارون) (الشعراء : ١٣) . والآيات الآتية من سورة طه (قال ربّ اشرح لي صدري، ويسر لي أمري ، وأحلل عقدة من لساني ، يفقهوا قولي) (طه :٢٥-٢٨) .

وأشار بيركينز (Perkins) في الشخص (٢٧٥,١٩٩٧) في هذا الصدد إلى المظاهر الخمسة للكلام العادي من حيث الطلاقة وهي:

١- التتابع (Sequence) ترتيب الأصوات كي تخرج في صورة كلمات ذات معنى.

٢- المدى (Duration) الفترة الزمنية التي يستغرقها أي صوت كي يتم نطقه بصورة صحيحة.

٣- المعدل (Rate) السرعة التي ينطق فيها الفرد أصوات الكلام في سياق متتابع.

٤- الإيقاع (Rhythm) نطق الأصوات في أنساق منتظمة ومتناغمة.

٥- الطلاقة (Fluency) درجة السهولة التي تنساب بها أصوات الكلام عند الحديث المستمر.

استخدمت مصطلحات عديدة للدلالة على عدم انسيابية الكلام مثل التأتأة، اللجلجة ، المتمتة ، اللعثمة ، الفأفأة .

ويركز كل من فان رايبر وإيركسون (Van Riper& Erickson,١٩٩٧) في هذا الصدد على مظهرين أساسين لاضطراب الطلاقة هما التأتأة (Stuttering) ، والكلام السريع المفرط غير المفهوم Cluttering والذي يصعب أحيانا التمييز بينهما نظراً للتداخل في بعض الأعراض، غير أن هناك فروقاً أساسية بين المظهرين .

فالتأتأة تظهر من خلال المط أو التكرار في الصوت أو المقطع أو التوقفات اثناء الكلام . أما السرعة الزائدة في الكلام فهو اضطراب يصيب طلاقة الكلام ، ويتمثل في أن الفرد يتكلم بسرعة فائقة وبالتالي فهو يحذف بعض الأصوات أو المقاطع بحيث يجعل الكلام غير مفهوم.

ويرى جيلام (Gillam) التأتأة على انها ناتج غير صحيح لعدم التوازن بين العمليات الداخلية كالسمات الوراثية ، السيطرة على أعضاء الكلام ، التطور اللغوي، التطور المعرفي، المزاج والأوضاع الخارجية مثل الثقافة ، الوالدين ، الأخوة ، التفاعل مع الأقران ، التجارب التعليمية. إن العلاقة بين هذه العوامل الداخلية والخارجية ديناميكية، وهي تختلف من شخص إلى آخر ، وكذلك يمكن أن تختلف في الفرد نفسه عبر الزمن. بعض الأطفال يرثون سمات قد تساهم في جعلهم متأتئين ، ويمكن ان تكون هذه السمات مرتبطة بتأخر النضج العصبي أو تطوير شبكات عصبية غير كفوءة ، ويكون لهذا النقص أو التأخر العصبي تأثير سلبي في تطوير جوانب مختلفة تتضمن اللغة والمعرفة

والمزاج والسيطرة على أعضاء الكلام . ويمكن أن تكون للمتغـيرات البيئيـة أثـراً في تعميـق الخلـل أو التقليل منه (Gillam ,Marquardt &Martin,٢٠٠٠).

إنّ العوامل التي تحدد أن الفرد لديه اضطراب في الطلاقة أو لا هي :-

أ- الفترة التي يقضيها الفرد في التأتأة .

ب- حالة التوتر والمجالدة المرافقة لحالة التأتأة .

ج- إلى أي مدى تتدخل التأتأة في التواصل .

د- اتجاه المتكلم نحو التأتأة .

هـ- اتجاه الآخرين نحو التأتأة .

يظهر من خلال النقاط السابقة أن المدة التي يقضيها الفرد في التأتأة لها دور كبير في تحديد ما إذا كان للفرد تأتأة او لا ، كما أن الأعراض التي تظهر علية خلال حدوث التأتأة من توتر وحرج وعوارض نفسية قد تكون مؤشرا على أن الفرد يعاني من التأتأة .

ولابد مـن الاشـارة إلى أن معظـم الأطفـال في مرحلـة اكتسـاب اللغـة يتعرضـون لصـعوبات في الطلاقة اللفظية ، إذ يتخلل كلامهم الاعادة سواء لكلـمات أو مقـاطع ، وقـد تكـون طبيعيـة ، وتحتـاج إلى تدخل سليم من قبل الأسرة ، وتزول تدريجيا بعد سن السادسة أما إذا استمرت فتحتـاج إلى تـدخل مبكـر للحد منها ، وفي حال عدم التدخل فأن مظاهرها تزداد . لذلك تعد التأتأة التي تكون بعد سـن الخامسـة أخطر من التأتأة التي تظهر قبل سن الخامسة .

أنماط التأتأة

١- إعادة جزء من الكلمة : يعيد بعض الأفراد الأصوات والمقاطع ، ويحدث ذلك في بداية الكلمات، ولا تكون في الغالب في نهاية الكلمات ، ولا تكون بدرجة واحدة فقد تكون الاعادة مرة واحدة أو أكثر من مرة

٢- إعادة الكلمات : وتعاد الكلمات في الغالب مرة أو مرتين ، وأحيانا تعاد الكلمات عدة مرات .

٣- إعادة عبارات : وتكون الإعادة لوحدة متكونة من كلمتين أو أكثر، وتكون الإعادة في الغالب لمرة أو مرتين .

٤- اقحام الأصوات والكلمات والعبارات بين الكلمات ، وقد لا يؤثر هذا الإقحام في معاني رسائله فمثلا يمكن أن يقحم أم قبل جملة انت تعرف .

٥- إعادة العبارات غير الكاملة : حيث يعيد الفرد العبارة بشكل كامل عندما يخطئ في التلفظ ، وقد يكون في كيفية نطق الكلمات التي تؤثر في المعنى.

٦- التلفظ الخالي من الايقاع (Dysrhythemic Phonation) : حين يكون التلفظ بعيدا عن ايقاع الكلمة نتيجة اطالة الأصوات أو اللهجة أو الوقت غير الطبيعي الذي يستغرقه اللفظ والتوتر والتوقف وخصوصا بين المقاطع ، وأي سلوك آخر لا يتوافق مع الكلام الطليق .

٧- توقفات التوتر : وهي من الظواهرالتي تحدث بين الكلمات ، وأجزاء الكلمات والاقحامات . إذ ان الصوت لا يسمع بشكل واضح إلا بالكاد يرافقه تنفس ثقيل اوعضلات مشدودة .

٨- التوقفات الكثيرة بين الكلمات والتي تكون غير طبيعية وطويلة

.(Silverman,٢٠٠٤)

وتؤثر التأتأة في الفرد حيث تظهر

أ- عوارض ظاهرية مثل:

- الحركات العضلية: رفع اليد، رفس الرجل، مط الشفتين ، رمش العينين .
- مقاطع كلامية دخيلة أم ، شايف ، يعني
- تغيرات في نبرة الصوت
- تغيرات في الجلد احمرار وتعرق اليدين

ب- تغيرات فسيولوجية

- حركات تنفسية غير متناسقة
- حركات عين غير عادية
- تسارع في دقات القلب

- رجفة اليد
- هزات مفاجئة في الرأس والجسم
- التعرق إثناء الكلام
- بذل جهد إثناء الكلام
- هبوط نسبة السكر والبروتين
- إفراز الأدرنالين في البول

أسباب التأتأة : هناك أسباب متعددة للتأتأة هي

- الأسباب العضوية : وتتعلق بالأجهزة العصبية، وسلامة الدماغ الذي يحلل الأصوات ، وسلامة الأذن التي تستقبل الأصوات والنطق والتنفس، والحنجرة .
- الأسباب البيئية : وقد تكون من الأسباب القوية التي تسبب التأتـأة ، وذلـك مـن خـلال الضـغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل في المراحل الأولى ، فقـد يجـبر الطفـل عـلى الكـلام ، وهـو لم يعـد مهيئ لذلك من حيث النضج ، أو التعامل غير السليم تربويا عندما يتأتئ الطفـل في عمـر مبكـر ، وهي طبيعية في هذه المرحلة ولكن التركيز على التأتأة ، يثير القلق عند الطفل.
- الأسباب النفسية : إن مصادر القلق التي يتعرض لها الطفل في البيت من الأسـباب المؤديـة للتأتـأة إذ قد تكون تعبيرا عن الخوف أو الرفض أو الصراع في التعبير عـن الـذات بصراحة وخصوصـا مـا يتعلق بالجوانب الجنسية بسبب الأعراف الاجتماعية. وقد تكون أحياناً لضغوط والدية بشكل غير متعمد على الطفل ليتكلم بلغة تفوق قدراته ، أوكفه عـن الكـلام بأسـلوب قسري ، أو السـخرية منه.

وقد أشار سلفرمان (Silverman, ٢٠٠٤) إلى نظرية الحاجات المكبوتة التي ظهرت في النصف الأول من القرن العشرين والتي تمثل نظرية التحليل النفسي لفرويد والتي تفسر التأتأة على أنه سلوك وسيلي لتلبية حاجات عصبية مكبوتة .

وتقول بعض الفرضيات أن التأتأة سلوك لأشباع الحاجات الفمية الشرجية .

ويرى الكاتب أن هذه النظرية لا يمكن القبول بها ، لأنها تحدد بشكل كبير جدا من العمل مع هؤلاء المتأتئين .

- التعلم غير الصحيح : كإستخدام التعزيز بشكل خاطئ عندما يتأتأ الطفل ، فتكون نتائج التأتأة وفق نظرية الاشراط الاجرائي ايجابية وبالتالي يميل ذلك السلوك إلى التكرار ، أوقد تكون نتيجة للتقليد الخاطئ وخصوصا من الأفراد المهمين في حياة الطفل كأولياء الأمور والأقران.

أما وجهة النظر الظاهراتية فترى أن حدوث التأتأة هو نتيجة لتفاعل كل من الإنتباه المتمركز حول الذات من خلال الإدراك الذاتي بشكل سلبي ، وتوقع التقديرات السلبية من الآخرين .

ومن العوامل التي تساعد في حدوث التأتأة طبيعة المستمع إذ أن كثير من الأفراد المصابين بالتأتاة يخشون التحدث أمام الناس المهمين وأصحاب السلطة .

فالمواقف المخيفة والمقلقة تزيد من حدوث التأتأة .

ولابد من الإشارة إلى الاعتقاد الخاطئ الذي يقول أن التأتأة بشكل رئيسي اضطراب الناس الذين يتصفون بقدرات عقلية عالية، والطفل المتأتئ سيكون راشداً متأتئا وهـذا كـلام غـير صـحيح، لان التأتـأة يمكن أن تحدث في كل مستوى من مستويات القدرات العقلية. أما الاعتقاد الثاني فبعض الأطفال المتـأتيين يمكن أن يكونوا كذلك في مرحلة الرشد، لكن معظم حالات التأتأة تتوقف قبل مرحلة المراهقة أو إثناءها. ويتعرض لها الأولاد أكثر من الإناث(Hallahan &Kauffman,٢٠٠٨).

تؤدي التأتأة على الأغلب إلى مشاعر سلبية لكون المتأتئين غير مدركين لها، وتكون على شكل إعادة جزء من كلمة أو كلمة أو شبه جملة .

يشير سلفرمان (Silverman ,٢٠٠٤) إلى كثير من الدراسات التي قارنت بين الأفراد الذين يعانون من التأتأة والآخرين الذين ليس لديهم تأتأة في الخصائص السمعية

البصرية، وأشارت إلى وجود تشابه في هذه الخصائص من حيث الكم والنوع بين الأثنين، وغالباً ما يكون ذلك في اعمار ما قبل المدرسة .

كما يشير سلفرمان إلى أن كثير من المتأتئين يميلون إلى أن يكونوا طليقي الكلام نسبياً في الحالات الآتية :-

١- في القراءة المشتركة مع آخر حتى ولوكان متأتئاً .

٢- عند التكلم مع طفل أو حيوان .

٣- الغناء

٤- عند القسم أو التعبير عن الغضب بشكل حر .

٥- عند التكلم بإسلوب غير معتاد على سبيل المثال التكلم بصوت عالٍ ، أو مع وجود أشياء في فمه، أو بمعدل بطيء جداً، أو عندما ينخرط بنشاط مادي ايقاعي كالرقص والمشي ، او التمرجح بذراعيه .

كما أن التأتأة تزداد في الحالات الآتية :-

١- عند التكلم على التلفون .

٢- التكلم إلى الأشخاص الذين يشكلون سلطة لهم كالآباء والمعلمين .

٣- في المواقف التي يتوقع فيها حدوث التأتأة ، ويرغب تجنب ذلك .

٤- التكلم إلى الأفراد الذين يكون رد فعلهم سلبي كالسخرية والاستهزاء أو الملل وعدم اعطائهم الوقت الكافي لتوصيل الرسالة .

٥- عند الرغبة في التواصل بسرعة على سبيل المثال عند اعطاء أمر للنادل أو الاجابة عن سؤال ما هو اسمك؟ او في مواقف النقاش التي تتطلب ابداء الرأي.

على أية حال فإن الرغبة والحرص الشديد في عدم التأتأة يزيد منها في أكثر الحالات .

مراحل التأتأة

تقسم مراحل التأتأة إلى ثلاث هي :

المرحلة الأولى : وتتمثل هذه المرحلة بصعوبة النطق والتعبير بوضوح ، وقد أطلق عليها بالتأتأة التواترية .

المرحلة الثانية : وهي المرحلة الأشد من الأولى والمتمثلة بعدم القدرة على النطق بوضوح وخصوصا في بداية الكلام ، ويظهر على المتأتئ تغيرا في تعابير الوجه ، وتسمى بالمرحلة التشنجية الاهتزازية .

المرحلة الثالثة : ويظهر في هذه المرحلة تعسر واضح في محاولة الكـلام يرافـق ذلـك تشـنجات في عضـلات الوجه .

تأثير التأتأة في السمات الشخصية

من السمات التي لا يمكن تجاهلها للأفراد الذين يعانون من اضطراب في الطلاقة كما يشير إلى ذلك بلودستين (Bloodstein ,١٩٨٧) :-

- الميل إلى الحساسية المفرطة
- الخوف
- الاعتمادية
- يحبط بسهولة
- يبالغ بمناشدته الكمال (Perfectionistic)
- قلق جدا للاستحسان

إن هذه السمات قد تجعلة قابلا للتردي مثيرا للسخرية والاستهزاء والضغوط التي تؤدي به إلى سلوك مجالدة (جهادي) توقعي (Anticipatory struggle behavior)إن ردة الفعل للفرد الذي لديه اضطرابات تواصل وأسرته لها تأثير كبير في فتح الباب لحالة التحسن أو غلقه، ويعطي المختص الكلامي اللغوي speech-Language (Pathologist والمختص السمعي (Audiologist) أهمية كبيرة لردة فعل الفرد وأسرته،

إذ تؤدي ردة الفعل الانفعالية السلبية إلى حالات عصبية ، كما تقلل من فرص النجاح في التدخل العلاجي .

إن ردود الفعل الانفعالية لإضطرابات التواصل قد تؤدي بالمسترشدين إلى :-

- يضعون أهدافا غير واقعية لأنفسهم .
- صعوبة وضع أهداف بشكل كامل .
- يحققون جزءً من كوامنهم الابتكارية .
- يتجنبون التجارب والعلاقات .
- غير متماثلين مع الحقول الظاهرية وتجاربهم العلاجية .
- يقيمون أنفسهم بشكل سلبي (Crowe,١٩٩٧) .

موقف الأسرة من التأتأة

تختلف استجابة الأسرة وفقا لعوامل متعددة كالعامـل الثقـافي ، إذ تختلـف الأسر في ثقافتهـا في التعامل مع هذه الحالة فبعضها تستجيب للتأتأة بمزيد من العطف والحنان المفرط الـذي يرجـع بمـردود سلبي على الطفل حيث يفقد ثقته بنفسه، ولا يشعر بالمسؤولية، ويميل إلى الاتكالية ، وقد تسـتخدم أسر أخرى الأسلوب القسري والنقد الجارح لتصحيح الحالة كما يعتقدون ، أو تلوم الطفـل عـلى تأتأتـه بشـكل مستمر مما يؤدي إلى عدم الاحساس بالأمن وينتابه القلـق . وهنـاك مـن الأسر مـن تأخـذ دور الطفـل في التعبير عن مشاعره ومكنوناته ، مما تقلل من فرص التواصل الاجتماعي ، وقد تغرز عنـد الطفـل الشـعور بالدونية وعدم الثقة بالنفس والانسحاب والخـوف والقلـق . كـما أن هـذا الحـال يحـد مـن المشـاركة في الحياة الاجتماعية .

وقد يتعرض الأطفال المصابون بالتأتأة إلى السخرية والاستهزاء والتقليد مـن بعـض أفـراد الأسرة وخصوصا غير الناضجين الأمر الذي يؤدي إلى معاناة مضافة إلى معاناتهم وينتابهم الحزن والألم، وقد يؤدي بهم ذلك إلى الانسحاب، وعدم التفاعل الاجتماعي ، وتفاقم المشكلة .

وهناك من الأسر الواعية التي تدرك مسؤوليتها الحقيقية في كيفية التعامل الواعي مع طفلهم المصاب بالتأتأة حيث تدرك أن الطفل لا حول ولا قوة له ، وليس هو السبب الذي أدى إلى ذلك ، وقد تشعر أحيانا بتأنيب الضمير على أنها هي المسبب الحقيقي لهذه الحالة التي قد ترتبط بأسباب وراثية أو تكوينية أو بيئية ، وهذا ما يدعوها إلى بذل كل ما تستطيع لعلاج الحالة أو على أقل تقدير التخفيف منها ومن آثارها في الطفل مستعينة بكل من له علاقة بالتأتأة ، ومتابعة لما توصل إليه العلم في هذا المجال . كما تتأثر الحالة بجنس الطفل إذ تختلف الاستجابة عندما يكون ولد أو بنت ، وقد يكون تأثيرها في البنت أكثر من الولد لما لها من تأثير في مستقبل البنت وخصوصا ما يتعلق بالزواج ، وإذا ما تزوجت ما هو تأثير التأتأة في تربية الأطفال ؟

كما قد تختلف استجابة الأسرة وفقا لعدد الأطفال فالاستجابة لا تكون واحدة عندما يكون الطفل الذي لدية تأتأة واحداً فيها ، أو يكون واحدا بين مجموعة من الأطفال، كما تختلف الاستجابة تبعا لوجود إعاقات في الأسرة أو لا ، فالأسرة التي يكون فيها إعاقات لا تعطي الرعاية والاهتمام كما هو الحال بالنسبة للأسر التي ليس فيها إعاقات. كما تختلف استجابة الأسر وفقا للحالة الاقتصادية ، فالأسر الميسورة توفر كل الفرص الممكنة لتخفيف الحالة ، بينما قد تسلم الأسر الفقيرة الحالة إلى الله.

وتتأثر الاستجابة بمدى التوافق بين الزوجين ، فهل هما على توافق بحيث يوجهان جهودهما من أجل طفلهما ، أو هما غارقان في مشاكلهما ، وفي هذا الحال يكونان غير مهيئين لتقديم الرعاية والاهتمام كما ينبغي . كما تتأثر استجابة الأبوين بحالتهما الصحية ، فإذا كانت الحالة الصحية لأحدهما أو كليهما عليلة فهما غير قادرين بشكل عام على تقديم العناية والرعاية للطفل ، وقد يسوء حاله لما لحالة الأبوين الصحية من تأثير سلبي في نفسية الطفل . كما تتأثر الحالة وفق البيئة المعاشة فلا تكون الاستجابة واحدة بشكل عام في المدينة والريف إذ يكون تأثيرها في المدينة أكثر من الريف، لأن متطلبات التكيف في المدينة أكثر من الريف ، كما أن التنافس في المدينة أكثر من الريف، وأي خلل يشخص ويعطى انتباه أكثر من الريف .

التسرع في الكلام (Cluttering) (Tachyphemia)

وهي حالة تكوينية تكون احد مكوناتها عدد من التردد غير الطبيعي ، ويميل هذا الفرد إلى السرعة في الكلام ، وعادة ما يعيد المقاطع والكلمات ، ويكون ايقاع كلامه غير طبيعي لا يؤدي إلى ارتياح المستقبل، ويمكن أن يدغم الأصوات خلال الكلمة والكلمات خلال الجمل ، كما أنه يستخدم النحو بشكل غير مناسب ، ويختار الكلمات غير الملائمة خلال تعبيره. لذلك يؤدي هذا النوع من الاضطراب إلى اضطراب في الطلاقة واضطراب في اللغة .

وقد يختلف التسرع في الكلام والتأتأة من خلال النقاط الآتية :-

- غالباً ما يكون المتأتئون واعيين من ترددهم بينما لا يكون المتسرعون في الكلام كذلك .
- لا يميل الأفراد الذين لديهم تسرع في الكلام (Cluttering) إلى الاعتقاد بأن كلامهم غير طبيعي، لذلك فإن القليل جدا منهم يبحثون عن مساعدة من الأخصائيين .
- يتشابه المتسرعون في الكلام (Clutterers) والمتأتئون (Stutterers) في أنهم يكونون أكثر طلاقة في بعض المواقف من مواقف اخرى .
- قد يختلف تأثير بعض المواقف في المتسرعين في الكلام والمتأتئين إذ يميل المتأتئون إلى أن يكونوا أقل بطئاً عندما يشعرون أن الأمر مهما أن يكونوا طليقين ، بينما يكون المتسرعون في الكلام أكثر طلاقة عندما يشعرون أن الأمر مهماً أن يكونوا طليقين . أي أن فئة (Cluterers) يميلون إلى أن يكونوا أكثر طلاقة عندما يتكلمون مع الأشخاص المهمين في حياتهم ، بينما يكون المتأتئون أقل طلاقة عندما يتكلمون مع الأشخاص المهمين في حياتهم .

أن سبب التسرع في الكلام غير واضح تماماً . لكنه يبدأ في مرحلة الطفولة. أما ذكاؤهم فهو عادي بشكل عام، كما أنهم يميلون إلى أن يكونوا متأخرين في التطور اللغوي والكلامي. كما ان نطقهم ونحوهم غير ناضج (Silverman,٢٠٠٤) .

الأفيزيا (احتباس الكلام) Aphasia

وهي الأعراض التي تشتمل على فقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة أو عدم القدرة على فهم معنى الكلمات المنطوقة ، أو عدم القدرة على تذكر الأشياء والمرئيات . لذلك يعد اضطرابا تواصليا نتيجة في الغالب إلى ضربة أو خلل في منطقة أو أكثر من المناطق المسؤولة عن اللغة في الدماغ او ورم في الدماغ أو إصابة الدماغ أو فقدان الوظائف العقلية كالتفكير والتذكر والاستدلال، مرض الزهايمر ، وقد يكون عرضا للصرع أو اضطراب عصبي (Davis, ٢٠٠٠) . وعادة ما تحدث للكبار الراشدين الذين يتعرضون لجلطات دماغية والتي تؤثر في استخدام أو فهم اللغة ، ويمكن ان يكون لديهم مشاكل في فهم النقاش أو القراءة او استيعاب الكلمات المكتوبة أو المقروءة او استخدام الأعداد . لا تؤثر الأفيزيا في ذكاء الأفراد وكفاءتهم ، إذ يبقى هؤلاد الأفراد بشكل عام يحتفظون بأفكارهم وآراءهم ومشاعرهم، كما ان لهم القدرة على حل المشكلات، ولديهم القدرة على السمع والنظر ، ويستطيعون إتخاذ القرارات .

يتصف هؤلاء الأفراد بما يلي :-

١- القصور في الاستيعاب اللفظي ويتمثل في الآتي :-

أ- ضعف واضح في المسموع ، وقد لا يفهمون ما يصدر اليهم من أوامر ، وقد لا يستطيعون تسمية الأشياء .

ب- الخلط في الكلمات المتشابهة في المعنى أو اللفظ

٢- صعوبة في القراءة وتتمثل بما يلي :-

أ- الصعوبة أو العجز عن التمييز بين الحروف المكتوبة،أو قد يقرؤون بلا فهم.

ب- تبدو الكلمات التي تعلمها قبل الاصابة وكأنها كلمات غير مفهومة .

ج- يظهرون بطئا في القراءة فضلا عن الأخطاء التي يرتكبها .

٣- صعوبة في الكلام : ويتمثل في الآتي :

أ- قد يجدون صعوبة في ايجاد الكلمة المطلوبة عند الحاجة إليها .

ب- استبدال كلمة بأخرى ولكن تنتسب إلى نفس المجموعة مثل استبدال السكين بالملعقة أو القلم بدل الورقة .

ج- صعوبة التعبير عن الذات .

د- قد يحذفون الكلمات الوظيفية من كلامهم،وهذا يعني استخدام لغة التلغراف

٤- صعوبة في الكتابة :- وتتمثل في الآتي :

أ- قد ينسون الأصوات .

ب- قد يكتبون بشكل عكسي .

ج- قد يظهرون أخطاء في الإملاء

د- قد يكتبون ببطء شديد .

٥- صعوبة في الإشارات : وتتمثل في الآتي :-

أ- قد لا يفهمون معاني الإشارات المستخدمة .

ب- قد يظهرون عجزا في التواصل بالإشارات (السرطاوي وأبو جودة، ٢٠٠٠).

والأفيزيا أنواع هي :-

١- **الأفيزيا التعبيرية Expressive aphasia** : وهو خلل في الجزء الخارجي مـن التلفيـف الجبهـي الثالـث بالمخ والقريب من مراكز الحركة المسؤولة عن الجهاز الحركي (Silverman,٢٠٠٤) . اكتشـفها العـالم بروكا لذلك يطلق عليها كذلك حبسة بروكا. يستطيع الفرد المصاب بهـذا النـوع مـن الأفيزيـا فهـم الكلام المسموع، لكنه لا يستطيع التعبير . يعاني الفرد المصاب بهذا النـوع مـن الأفيزيـا صـعوبة في تحريك أجهزة النطق كاللسان في الطريقة المطلوبة لإنتاج الكلام الذي يريد قوله. وقد يكرر لفظا واحدا حتى إن اختلف الحديث، أو تغيرت الأسئلة، وقد يتمتم عبارات غير واضحة وغير مفهومـة. والمصاب بهذا النـوع مـن الأفيزيـا يميـل إلى السـكوت، وعنـدما يريـد الكـلام لا يسـتطيع إخراجـه بسهولة غير مراعٍ لقواعد اللغة لذلك يسمى كلامه بالتلغراف لابتعـاده عـن قواعـد اللغـة كحـذف الكلمات الوظيفية كحروف الجر، والعطف، وأسماء الإشارة وغيرها فعلى سبيل المثال يمكن أن يستخدم مفردات ابني .. مدرسة .. ذكي .. جيد ويريد أن يقول من هذه الكلمات ابني خـرج مـن البيت، هو في المدرسـة، وهـو ذكي وجيـد في عملـه. كـما يتصـف بعـدم الطلاقـة وغيـاب التنويـع التنغيمي، إضافة إلى القصور الواضح في تسمية الأشياء.

إنّ الأفيزيا ليست درجة واحدة وانما درجات متعددة تبدأ من البسيط إلى الشديد جدا، ففي الحالات البسيطة يمكن للفرد ذكر معظم المفردات ولكن ليس بالضرورة أن ينطقها بطلاقة. أما في الحالات الشديدة فقد لا يستطيع نطق أي كلمة بشكل طوعي .

٢- **الأفيزيا الاستقبالية Receptive aphasia** : ويطلق عليها كذلك أفيزيا فيرنيكة (نسبة إلى عالم الأعصاب الألماني كارل فيرنيكة) أو متلازمة ما خلف شق سلفيوس (Davis ,١٩٩٣). إن هذا العالم قد توصل إلى الخلل الذي قد يؤدي إلى تلف الخلايا العصبية مسببا الصمم الكلامي على الرغم من أن حاسة السمع سليمة. وتتلخص هذه الإصابة بعدم القدرة على تمييز الأصوات وإعطاءها دلالالتها اللغوية، والفرد المصاب بهذا النوع من الأفيزيا لديه اضطراب بالقدرة الإدراكية السمعية فقد يبدل الأصوات إلى أصوات أخرى كأن يقلب صوت الباء إلى فاء. وقد يستخدم كلمات غير مفهومة وغريبة . أو قد تكون الأفيزيا الفهمية وهي عدم القدرة على فهم المعنى ، وعندما يتكلم لا يدل كلامه على المعنى المراد . أو قد يفهم كلمة واحدة من جملة دون أن يفهم معنى الجملة كاملة .

٣- **الأفيزيا الكلية (الشاملة) Global aphasia:** وهي أكثر الأنواع شدة ، تحدث مباشرة بعد الجلطة الدماغية مسببة اضطرابا في اللغة المكتسبة، وهذا النوع يشتمل على النوعين السابقين ، والمصاب بهذا النوع لا يستطيع التعبير عن نفسه ، كما أنه لا يستطيع فهم الكلمات المنطوقة أو المكتوبة، وقد يستخدم في بعض الأحيان الصور بدل الكلمات ، وربما لا تكون ناجحة . قد تكون أسبابها جلطة دموية تؤثر في الألياف الواردة من المراكز العليا للحركة والموجودة في الفص الجبهي والمتجه نحو الأطراف العليا والسفلى وأعضاء النطق أو نتيجة لنزف مخي يسبب تورم وضغط على بعض الألياف والأنسجة (Goodglass ,١٩٩٣) .

إن الاعراض المتعلقة بهذا النوع من الأفيزيا مختلفة مـن شـخص إلى آخـر ، فمـثلا بعـض المصـابين بهذا النوع لا يفهمون الكلام على الإطلاق ، بينما آخرون يميزون الأسماء المألوفة . كـما أن بعضـهم أصم بينما آخرون قادرون على اصدار بعض الأصوات .

ولابد من الإشارة إلى أهم الإستراتيجات التي يمكن ان تتبع مع الأفراد المصابين بالأفيزيا الكلية :-

أ- الاستراتيجية الحسية : إذ يحرص المعالج على استخدام حاسة اللمس ليحصل على انتبـاه الفـرد ، وضرورة إظهار المساندة له .

ب- الاستراتيجية البصرية:- إذ يحرص المعالج على استخدام الايماءات والتعبيرات الوجهية

ج- استراتيجية الكلام المبسط :- وتتطلب هذه الاستراتيجية ابعاد كل أنواع المشتتات، التكلم ببطء استخدم كلمات بسيطة بنغمة تتناسب مع مستوى نضج الفرد،إعط الفرد وقتاً كافياً للاستجابة،أعط له الفرصة ليتكلم عن نفسه.

د- استراتيجية الربط :- إذ يمكن أن تعزز كلامك مع طرق أخرى من طـرق التواصـل فمـثلا عنـدما تقول له أهلا مع اشارة ترحيب، أو التأشير على الشيء الذي تتحدث عنه .

٤- **أفيزيا تسمية الأشياء Amnestic Aphasia** : وتسمى كذلك الأفيزيا النسـيانية، والمصـاب بهـذا النـوع من الأفيزيا لا يستطيع تسمية الأشياء والمثيرات التي تقع عـلى مـرأى منـه، وقـد يلجـا إلى الإشـارة فقط. والفرد المصاب يمكن أن يعرف وظائف الأشياء ، وإذا ما عرض أشياء متعـددة ، وطلـب منـه التعرف على أحدها فأنه يفعل ذلك على سبيل المثال لو سألناه ما هذا ؟ هل هو كتاب أو قلم أو جريدة فأنه

يجيب بشكل صحيح . ولكن قد يجد صعوبة في تذكر الاسـم عنـدما نسـأله مـا هـو الشيـء الـذي نجلس عليه .

قد يكون الخلل في منطقة التلفيفة الزاوية التي تقع بين الفص الجداري والفص الصدغي والفص المؤخري هي المسبب لهذا النوع من الأفيزيا (Davis,١٩٩٣) .

٥- **أكرافيا (فقدان القدرة على التعبير كتابياً)** وهي ظاهرة مرضية مصحوبة بشلل في اليد اليمنى، ويكون ذلك بسبب إصابة أو تلف في مركز حركة اليدين الموجود في التلفيف الجبهي الثاني للدماغ .

كيف تشخص الأفيزيا

يكون الطبيب هو الشخص الأول المؤهل لتحديد ما إذا كان الفرد مصابا بالأفيزيا لأنه هو الأول الذي يعالج الفرد من الأسباب التي تسبب الأفيزيا كالجلطة الدماغية، والاصابة المخية أو الورم المخي اوإلتهاب المخ .

يستخدم الطبيب عادة سلسلة من الاختبارات العصبية ، اضافة إلى طرح الأسئلة المتعلقة بالأشياء والموضوعات. ومن خلال ما سبق يمكن أن يحدد الطبيب ان الفرد مصاب بالأفيزيا ودرجة شدتها .

كيف تعالج الأفيزيا

لا يوجد علاج واحد لجميع أنواع الأفيزيا، وانما ذلك يعتمد على متغيرات أساسية هي :-

١- العمر
٢- سبب الاصابة المخية
٣- نوع الأفيزيا
٤- موقع وحجم الأذى الدماغي

فعلى سبيل المثال الفرد المصاب بالأفيزيا بسبب الورم الدماغي والذي يؤثر في مركز اللغة في الدماغ يمكن ان يستفيد من الجراحة . والشخص المصاب بالأفيزيا نتيجة للجلطة الدماغية يمكن أن يستفيد من

المعالج اللغوي الكلامي والذي يحاول زيادة قدرته على الكلام والتواصل مع الآخرين . ويمكن ان يساعده على التواصل غير اللفظي .

الفصل الخامس



أسباب اضطرابات اللغة والكلام

أ- العوامل البيئية

ب- ألاسباب العصبية

ج- الأسباب العضوية

د- الأسباب المرتبطة بالإعاقات الأخرى

أسباب اضطرابات اللغة والكلام

تتعدد أسباب اضطرابات اللغة والكلام سواء تعلقت بمرحلة الاستقبال أو مرحلة المعالجة أو مرحلة الإرسال (ممارسة الكلام) أما أهم الأسباب المؤدية إلى اضطرابات اللغة والكلام فهي:

أولاً: العوامل البيئية

إن أحد الأسباب المؤدية إلى الفروق بين الأطفال سواء في اضطرابات اللغة والكلام أو بقية الإعاقات الأخرى ترجع إلى المتغيرات البيئية التي يعيشها الطفل وخصوصا في السنوات الخمس الأولى التي تشكل الملامح الأساسية لما سيكون عليه الطفل مستقبلاً . فهناك من يعيش في بيئة تعسة بكل جوانبها، وهناك من يعيش في بيئة صحية غنية .

ولا يمكن أن تكون الانطلاقة للقدرات والاستعدادات واحدة لكلتا البيئتين فأساليب التربية الواعية الصحية والعلاقة المثمرة المتفاعلة بين الآباء ستفرز بظلالها الايجابي على الأبناء ، كذلك حجم الأسرة والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والمستوى الثقافي للوالدين الذي يوفر النموذج الذي يحتذى، ويقدر أهمية اللغة في حياة الفرد والعلاقة بين اللغة والتفكير، والعلاقة بين التطور اللغوي والتطور الذهني، وأهمية الألعاب في تعلم الطفل المرتبط بشكل أساسي بالجانب الاقتصادي فهذه المتغيرات في غاية الأهمية في استثارة الطفل ورفع دافعيته للنمو اللغوي السليم . ويمكن أن نتكلم عن كل متغير من هذه المتغيرات التي لها تأثير كبير في تنشئة الطفل . وعلى سبيل المثال الطفل الذي لا يشجع على الكلام أو التعبير عن نفسه لا يطور كلاما كما هو الحال بالنسبة للآخر الذي يشجع على الكلام ، ولا يعاقب بأي شكل من أشكال العقاب إذا مأ اخطأ في الكلام ، كما يفترض أن يقبل كلامه حتى إذا تخلله الخطأ ، وإعطاءه التغذية الراجعة بطريقة تربوية تبعده عن أي شكل من أشكال الفشل والإحباط ، كما أن التصرف الواعي هو أن نتعامل مع الطفل وفق العمر العقلي وليس العمر الزمني .

ومن العوامل البيئية التي تؤثر في التطور اللغوي الطلاق والفراق إذ أن العيش مع أثنين أفضل من العيش بشكل عام مع واحد ، فتشترك الأم والأب في عملية تنشئة الأبناء ، كما أن حالات الطلاق والفراق تؤثر سلباً في نفسيات الآباء ، فقد يكون الواحد منهما غير مهيئ تماما لتلبية حاجات الأطفال المختلفة الجسمية والاجتماعية والانفعالية والعقلية، إذ أن فقدان أحدهما عن طريق الطلاق أو الفراق يحتاج من الآخر أن يعوض فقدانه، وقد لا يكون مستعدا لذلك بسبب الجانب النفسي اضافة إلى الجوانب الاقتصادية والإجتماعية والثقافية .

كما أن المرض الأبوي إذا كان لأحدهم أو كليهما قد يؤدي هو الآخر إلى عدم التهيئة الكاملة لتلبية الحاجات الأساسية للطفل وخصوصا عندما يكون المرض لكلا الوالدين. وهذا الحال لا يجعل الآباء مهيئين تماما للتواصل والتفاعل الاجتماعي كما ينبغي مع الأبناء مما يؤثر سلباً في التطور اللغوي. وقد يؤدي المرض إلى مصاريف كثيرة للعلاج وتوفير الأدوية اللأزمة الأمر الذي يؤدي إلى التقصير أو عدم لتلبية الحاجات الأساسية للأطفال من توفير أغذية مناسبة وتوفير لعب تتناسب مع أعمارهم العقلية، والقيام بسفرات ضرورية والتي تعد كحالة للتجديد وما تفرزه من معرفة ، وهذا كله يؤثر في تنشئة الأطفال بنفسية تتسم بالتوافق أواللاتوافق .

لذلك فإن مرض أحد الوالدين أو كليهما سواءً كان المرض عضوياً أو نفسياً سيفرز تأثيراً سلبياً في نمو شخصيات أطفالهم. حيث يكون هؤلاء الأطفال معرضين لأساليب غير اجتماعية أو انسحاب أو عداء أو قد يصيبهم القلق والخوف وعدم الاتزان الانفعالي .

كما أن الخلاف والشجار المستمر بين الزوجين يؤثر في تطور الأبناء إذ دلت الدراسات الكثيرة على أن المشاكل بين الأب والأم بشكل مستمر سلبي يؤثر سلبياً في نفسية الطفل وتطوره اللغوي والكلامي وخصوصا في المراحل الأولى من حياته والتي هي من أهم المراحل لإكتساب اللغة الأم (الظاهر ، ٢٠١٠) .

لذلك يمكن القول أن للعلاقة بين الوالدين تأثيراً كبيراً في النمو الانفعالي والاجتماعي للأطفال والتي تؤثر بشكل كبير في تطور اللغة والكلام ، فالعلاقة التي تسودها الخصام والشجار بشكل مستمر لا بد وأن ينشر بظلاله السلبي على الأبناء ، مما يجعلهم يشعرون بعدم الاستقرار والقلق والخوف على أنفسهم وعلى مستقبلهم وأسرتهم، مما يؤثر في رؤيتهم لأنفسهم.

فقد يتصارع الزوجان لإثبات الذات من خلال التسلط والسيطرة ، وقد يتبعان أساليب غير تربوية الأمر الذي يؤدي إلى خلق خلافات ومشاحنات ينعكس أثره في تربية أطفالهم مما يؤدي إلى شعور الأبناء بالخوف والقلق والتذبذب .

إن الصراع بين الأب والأم سيؤثر بالتأكيد في رؤيتهم لأطفالهم ، وأحياناً يصل إلى أن يكره الزوج زوجته، ويرى أولاده من خلالها ، وكذلك الحال بالنسبة للزوجة ، أو على أقل تقدير إن كلاً منهما لا يعطي الرعاية والحب والحنان كما هو الحال في حالة الوفاق والصفاء . وهذا لا يهيئ جوا صحيا لتطور لغوي سليم .

ومن العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر في التطور اللغوي وجود فاصل زمني بين طفل وآخر أو عدم وجود فاصل ، إذ أن الفاصل الزمني بين طفل وآخر يهيئ الوالدين لإعطاء وقت أكثر للعناية بالطفل ، وتفتح المجال أمام الأطفال لتقليد الوالدين شريطة أن يكون الوالدان نماذج في السلوك اللغوي .

كما أن حجم الأسرة قد يؤثر في تنشئة الأطفال ، وعندما تكون حجم الأسرة كبيرا فقد تخلق حالة غير صحية إذ لايستطيع الآباء اعطاء الوقت الكافي للوقوف على متطلبات كل واحد من الأبناء، اضافة إلى تأثيرها الإقتصادي في الأسرة ، وغالبا ما تعاني الأسر الكبيرة من الضائقة الإقتصادية ، وقد يميل الآباء إلى اتباع سلوك سلطوي لضبط سلوك الأبناء . تصور ان ابا يستخدم الأسلوب القسري مع ابنه وتأتأ أمامه خوفا منه، وجميع الناس قد تصيبهم التأتأة في حالة الخوف، وهي طبيعية، ولكن عندما يصفع الطفل من والده في حالة التأتأة، فإن هذه الحالة يمكن أن تجعل الطفل متأتأً في المستقبل

وخصوصاً اذا تكررت الصفعات، وتكون التأتأة في هذه الحالة نتيجة للأسلوب القسري غير التربوي الذي اتبعه ابوه معه .

يشير الظاهر (٢٠١٠) في هذا الصدد إلى أهمية حجم الأسرة الذي يرتبط ارتباطاً مباشراً بأساليب الرعاية الوالدية المقدمة للأبناء إذ إن قلة الأبناء يتيح للوالدين الفرص لإعطاء الرعاية والعناية والاهتمام ومراعاة الجوانب النفسية والاجتماعية في تنشئتهم لأبنائهم بحيث ينعكس إيجابياً على التطور اللغوي والعكس صحيح .

إن عدم الكفاية المادية والثقافية لها الأثر الكبير في توفر الفرص والظروف الطبيعية للتطور والنمو كما تتطلبها التربية الحديثة .

والأسرة الفقيرة لا تستطيع تأمين الحاجات الأساسية من اجل نمو أطفالهم نمواً سليماً وخصوصا إذا كان عدد الأطفال كبيراً.

وتميل اتجاهات الآباء في الأسر الكبيرة إلى الإهمال، ويجدون صعوبة في تحقيق حاجات أبنائهم الأساسية المتعلقة بالجوانب العقلية والجسمية والاجتماعية والانفعالية، فقد يضطرهم العدد الكبير إلى إتباع أسلوب السيطرة ، وفرض القيود الصارمة، والابتعاد عن الأساليب التي تتميز بالانفتاح والمرونة والمحاورة التي لها الأثر الكبير في تشكيل شخصياتهم.

ويمكن القول في هذا الصدد أنه كلما ازداد عدد الأبناء كلما قل تفاعل الآباء معهم، وكلما قل الأبناء ازداد التفاعل . فحجم الأسرة إذن يؤثر بما لا يقبل الشك في طبيعة العلاقات بين الآباء وأبناءهم ، وعمق تلك العلاقات عاطفياً. كما يؤثر في أنماط الضبط والتحكم إذ غالباً ما تكون في الأسر ذات الحجم الكبير تتسم بالصرامة والشدة ، كما أن الطفل في الأسر الكبيرة تزداد مشاكله سواءاً كان طرفاً فيها أو مشاهداً لها ، كما أن الأسر الكبيرة الحجم غالباً ما تعاني من ضائقة اقتصادية والتي تؤدي أحياناً إلى المشاحنات بين الزوج والزوجة والى علاقة تبتعد عن الحب والدفء والحنان الذي يفرز بظلاله السلبي على الأبناء.

إن المدخل السلوكي يرى أن السلوك سواء كان سوياً أو غير سوي متعلم، فقد تحدث اضطرابات اللغة والكلام عن طريق التقليد ومن خلال أنماط الكلام المتبعة معه وخاصة بالنسبة للأفراد القريبين منه .

كما أن البيئة المدرسية لها أثرها في تطور الطفل ، ولكنها لا ترقى أن تكون بمستوى البيت في تقديري الخاص لان الطفل يعيش خلال السنوات الخمس بشكل عام في بيئته الأسرية.

وهذا لا يعني أن نقلل من دور البيئة المدرسية فأساليب المعلم التربوية لها أهميتها في إلهاب الجذوات الكامنة في الطفل، وفي انطلاقة قدراته بشكل سليم وجعله فاعلاً وخصوصاً عند تفاعله مع الأقران الآخرين ليزيد من ثرواته اللغوية.

وبالمقابل فان الأساليب غير التربوية التي يتبعها المعلم تكون محبطة للطفل من الانطلاقة الحقيقية.

كما أن للطرق والأساليب والفنيات التي يتبعها المعلم لها أهميتها في جعل الطفل متكيفا أو غير متكيف . لذلك فقد تكون المدرسة محبطة من خلال الفشل والإحباط المتكرر الذي يؤدي بالطفل أحيانا إلى الانسحاب والانكفاء والعدوان للتنفيس عن الأنة الداخلية التي تعتريه . أو قد تكون مستثيرة لدافعيه المتعلم من خلال التأكيد بشكل عام على كيفية جعله بوضع نفسي جيد من خلال التعامل والطرق والأساليب والفنيات، وحتى الجو البيئي للصف وما يتخلله.

ثانياً: الأسباب العصبية

وتتعلق بالخلل الذي يحدث بالجهاز العصبي المركزي ، فالدماغ هو الذي يتحكم بوظائف الجسم وأي خلل يؤثر في ذلك، وقد يحدث الخلل في الدماغ ما قبل الولادة أو إثناءها أو بعد الولادة وخصوصا في المناطق المسؤولة عن اللغة فمراكز اللغة في الدماغ (السرطاوي وأبو جودة ،٢٠٠٠) هي

- منطقة بروكا نسبة إلى مكتشفها بول بروكا (Paul Broca) ، وتكون في مقدمة النصف الأيسر للدماغ . وتمثل المركز المسؤول عن تنظيم أنماط النطق، ولهذه الوظيفة علاقة بقرب هذا المركز من منطقة التحكم بعضلات الوجه والفك واللسان والحنجرة في القشرة الدماغية. كما إنها المسؤولة عن علامات الجمع وشكل الأفعال، وانتقاء الكلمات الوظيفية . لذلك فإن لهذه المنطقة دوراً كبيراً في تشكيل وبناء الكلمات والجمل .
- منطقة فيرنكي نسبة إلى مكتشفها كارل فيرنكي (Carl Wernike) وتقع بالقرب من منطقة السمع الرئيسية في القشرة الدماغية، وهذا المركز مسؤول عن استقبال المدخلات السمعية، ويلعب دوراً رئيسياً في إعداد المعاني، ويدخل في تفسير المفردات واختيارها بهدف إنتاج الجمل.

ترتبط هذه المنطقة بمنطقة بروكا عن طريق حزمة من الألياف تسمى بحزمة الألياف المقوسة .

- التلفيفة الزاوية (Angular Gyrus) وتقع خلف منطقة فيرنكي ومسؤوليتها تحويل المثير البصري إلى سمعي والعكس. ويلعب هذا المركز دوراً حيوياً في التوصيل بين الشكل المحكي للكلمة وصورتها المدركة ، وكل ما يحتاج إلى الربط بين المثيرات البصرية ومناطق الكلام . فأي إصابة في هذه المركز ستترك آثارها السلبية في اللغة والكلام. ومن الأسباب العصبية الأخرى التلف الدماغي المبكر الذي يسبب الشلل الدماغي وخصوصاً إذا حدث في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية الذي يؤدي إلى عدم انتظام وتناسق المهارات الحركية.

إن الشلل الدماغي يؤثر بشكل عام في الحركة ومن ضمنها حركة الفكين والشفتين واللسان التي هي من أهم أعضاء النطق الأمر الذي يؤثر سلباً في النمو اللغوي .

ومن آثار الإصابة الدماغية هو الفقدان الكلي أو الجزئي للتعبير عن الأفكار، يماثله ويقترن معه كذلك قصور كلي أو جزئي في فهم اللغة المنطوقة أو المكتوبة بسبب إصابة المخ الحسية ، أو نصف المخ الأيسر والتي تسمى بالحبسة (Aphasia) كما قد يسبب عسر

القراءة (Dyslexia) وعسر التلفظ (Dysarthria) والابراكسيا (Apraxia) التي تؤدي إلى عدم برمجة عضلات النطق ليخرج صوتاً لغوياً سليماً، فقد يغير مواقع الأصوات والمقاطع في الكلمات أو الجمل (الظاهر ،٢٠٠٣) .

إن الخلل في الجهاز العصبي المركزي أو الطرفي سيؤثر سلبا في السيطرة على العضلات المسؤولة عن الكلام (النطق والصوت والطلاقة) كعضلات التنفس والرنين والنطق . تؤثر هذه الأسباب بشكل أساسي في مرحلة معالجة الكلام.

ثالثاً: الأسباب العضوية

تسبب الأسباب العضوية صعوبات في الإرسال أو ممارسة الكلام، وعملية الكلام ليست سهلة وإنما تحتاج إلى أعضاء متعددة سليمة لكي يمارس الفرد الكلام بشكل طبيعي. إذ يحتاج الكلام الطبيعي إلى جهاز تنفسي سليم وجهاز صوتي كذلك. لذلك من الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات اللغة والكلام هي:

أ- إصابة الجهاز التنفسي

إن التنفس غير الطبيعي يؤثر في عملية إرسال الكلام كالتنفس السريع أو البطيء جدا. لذلك يتأثر إصدار الصوت بالأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي كالزكام، السل، الالتهاب الرئوي الشديد ، الربو.

ب- إصابة الجهاز الصوتي

إن الحنجرة والأوتار الصوتية هي المسؤولة عن إصدار الصوت وأي خلل فيها يؤثر سلباً في إصدار الأصوات. وقد أشار البدري (١٩٨٥) إلى أهم الأمراض التي تسبب اضطرابات اللغة والكلام وهي :

- العيوب الخلقية في الحنجرة، وتشمل ضعف الحنجرة الناتج عن نقص الكالسيوم إثناء الحمل، سمك الغشاء الموجود بين الأوتار الصوتية الذي يسد المسافة تماما، وقد يؤدي إلى اختناق الطفل ، أو قد يكون رفيعا إلى الحد الذي يعاني الطفل من بحة في الصوت. والحويصلات الحنجرية إذا كانت كبيرة أي أكبر من حجمها الطبيعي فإنها

تؤثر في عمليات البلع والتنفس والكلام. ويتطلب هذا الحال العملية الجراحية لاستئصالها .

- أورام الحنجرة : وتظهر على شكل بثور على الأوتار الصوتية ، وقد تكون أورام تؤدي إلى اضطرابات في الصوت .
- إصابات الحنجرة ، وقد تكون نتيجة لدخول أجسام غريبة كالطعام غير السليم أو بعض اللعب الصغيرة ، أو نتيجة لعمليات جراحية في الحنجرة .
- التهاب الحنجرة : قد تلتهب الحنجرة نتيجة فيروسات أو ميكروبات تؤدي إلى احتقان الحنجرة الأمر الذي يؤثر فى الصوت .
- عقد الأوتار الصوتية : إن إلتهاب الأوتار الصوتية يؤدي إلى بحة الصوت .
- اختلال أعصاب الأوتار الصوتية سواء المسؤولة عن الإحساس أو أعصاب الحركة، أو أعصاب التآزر.
- شلل الأوتار الصوتية : وقد يؤدي هذا الحال إلى فقدان القدرة على النطق وخصوصاً إذا كان الشلل في الأعصاب المحركة للأوتار الصوتية .

وهناك أسباب أخرى تؤدي إلى اضطرابات الصوت كعدم كفاية التنفس الذي يدفع الأوتار الصوتية للإهتزاز نتيجة أمراض الصدر كالسل ، وقلة نشاط الحجاب الحاجز لحدوث شلل فيه .

والتهابات المخ والذي يؤدي أحيانا إلى عدم التوافق بين الأعصاب ، وذلك عدم القدرة على التوافق بين حركة أعصابه حسب الاحتياجات الوظيفية اللازمة .

كما أن لاضطرابات الغدد تأثيرا في الصوت نتيجة لتأثيرها في الأعصاب .

ج- إصابة أجهزة الرنين والنطق

إن الأعضاء المسؤولة عن الرنين هي التجويف الأنفي والتجويـف الفمـي والبلعـوم التـي تقـوم بتضخيم الصوت وإعطاءه ما يميزه عن الآخر. وقد تتعرض هذه الأجهزة إلى مشاكل صحية تؤثر في عمليـة إرسال الكلام ومن هذه الأمراض(الشخص، ١٩٩٧) .

- التهاب البلعوم الحنجري نتيجة أمراض أو فيروسات أو دخول أجسام صلبة أو مواد كاوية أو الإدمان الكحولي ، أو نزلات البرد.
- شق الحلق Cleft Palate وهو فتحة تحدث في سقف الحلق الرخو أو الصلب أو في كليهما ، قد تكون منذ الولادة نتيجة لنقص الكالسيوم أو دخول أجسام حادة حيث تؤدي هذه الحالة إلى عدم غلق التجويف الأنفي عند نطق الأصوات وبالتالي تزداد الأصوات الأنفية فيتكلم الفرد بلهجة أنفية.

والأطفال الذين لديهم شق الحلق يكونون أكثر من غيرهم عرضة لمشاكل في الأذن الوسطى لأن هذه الفتحة تساعد على دخول السوائل إلى تجويف الأنف ومنه إلى القناة السمعية ثم إلى الأذن الوسطى ، وقد يؤدي إلى ضعف السمع . كما يسبب اضطرابا في توازن الرنين الصوتي بين تجويف الأنف والفم الأمر الذي يجعل الأصوات الصادرة من الفم غير واضحة . كما أن هذه المشكلة قد تؤدي إلى الحماية المفرطة من قبل الأمهات نتيجة لقلقهن عليهم .

- مشكلات اللسان فطول اللسان أو قصره يؤثر سلباً في نطق الأصوات بشكل سليم. فمثلا أي تضخم غير عادي للسان يعيق من سهولة حركته مما يؤدي إلى ضخامة الصوت وخشونته ، وعدم وضوحه ، وخاصة تلك الأصوات التي تحتاج إلى طرف اللسان مثل (ت ، د ، ط)
- عدم تناسق عظام الفكين (السفلي والعلوي) ، أو بروز احدهما إلى الخارج مما يسبب اضطرابات في النطق.
- تشوه الأسنان
- الشفة المشرومة (Cleft Lip) وهي فتحة في الشفة العليا تحدث قبل الولادة ، ويطلق عليها الشفة الارنبية لأنها تشبه شفاه الأرنب. تؤثر هذه الحالة في نطق الأصوات ف، م ، و ، ومشكلات الإرضاع والتغذية ، ومشاكل نفسية وإجتماعية، وتعالج عادة عن طريق الجراحة ، وتجرى في الأشهر القليلة الأولى من عمر الطفل .
- تضخم اللوزتين التي تؤثر في التجويف البلعومي والبلعوم الفمي .

- وجود لحمية بالأنف التي تؤدي إلى صعوبة نطق الفرد للأصوات الأنفية (ن ، التنوين).

ولابد من الإشارة إلى أن الإضطرابات اللغوية والكلامية قد لا تكون ناتجة عن مشاكل عضوية أو عصبية ، وانما قد تكون نتاج سوء الاستخدام الوظيفي لأعضاء الكلام كالاستخدام الخاطئ لعملية التنفس من خلال عدم التنسيق بين التنفس والكلام . أو قد يسيئون استخدام الأوتار الصوتية عن طريق الصراخ العالي والمستمر،أو التشديد المستمر على الصوت أو التدخين وخصوصا المفرط .

رابعا : الأسباب النفسية:

تؤثر الاضطرابات الذهانية والعصابية في التواصل مع الآخرين ، فإذا كان الفرد مصاباً بإحدى الأمراض سيؤثر في تواصله، كما أن لهذه الأمراض تأثير غيرمباشر في الأطفال الصغار فإذا كان الأب أم الأم أو كلاهما مصابين بهذه الأمراض فإنهما لا يستطيعان أن يؤديا دورهما كمربيين للأطفال مما ينعكس بشكل سلبي على تطورهم اللغوي. فالأم المصابة بالقلق العصابي على سبيل المثال لا تستطيع أن تشبع حاجات الطفل من الحب والحنان والعاطفة .

وإذا كان الأب مصابا بالإكتئاب فهو يؤثر سلبا في علاقته بزوجته وطفله ، كما تكون الأم في هذه الحالة غير مهيئة تماما لتلبية حاجات الطفل وخصوصاً العاطفية.

كما أن الطفل غير الآمن الذي يشعر بالخوف المفرط من أحد الوالدين أو كليهما سيؤثر سلباً في تطوره اللغوي .

خامساً: الأسباب المرتبطة بالإعاقات الأخرى

إن اضطرابات اللغة والكلام تكون من مظاهر إعاقات أخرى فالإعاقة السمعية هي من الأسباب الرئيسية لاضطرابات اللغة والكلام لان حاسة السمع هي الجزء الرئيسي لاستقبال اللغة ، وأي خلل فيه يؤثر في اكتساب اللغة علماً أن الفقدان السمعي

على درجات ، وكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما ازداد تأثيرها في اكتساب اللغة والكلام، فهي تعرقل النمو اللغوي الطبيعي للطفل.

أما الإعاقة العقلية فهي تؤثر سلباً في مرحلة المعالجة إذ تؤثر في الإدراك، واستخدام الرموز، وقواعد استخدام اللغة .

إن اكتساب اللغة بشكل طبيعي يحتاج إلى قدر كاف من القدرات العقلية. لذلك تعد اضطرابات اللغة والكلام من مظاهر الأطفال المعاقين عقليا. وبطبيعة الحال كلما ازدادت الإعاقة العقلية كلما ازداد تأثيرها في النمو الطبيعي للغة.

وصعوبات التعلم هي الأخرى تؤثر في اكتساب اللغة بشكل طبيعي إذ أن المشاكل الإدراكية أكثر تكراراً عند هؤلاء الأطفال قياساً بأقرانهم الذين ليس لديهم صعوبات تعلم .

فقد تظهر عليهم الابراكسيا النطقية Apraxia وعدم الدراية (Agnosia) وعسر القراءة (Dyslexia) وعسر التلفظ (Dysarthia) وتأخر الكلام (Language delay) .

أما الإعاقة الانفعالية فقد تؤثر في اكتساب اللغة بشكل طبيعي بالرغم من أنها لا ترقى أن تكون بمستوى الإعاقات الأخرى ، ولكن قد تؤثر بشكل أساسي في اللغة المنطوقة وخصوصا الأفراد ذوو الإعاقة الانفعالية الشديدة لأنهم أولاً وبشكل عام يتصفون بضعف في قدراتهم العقلية وكثيراً منهم مبعدون عن الآخرين، أما بسبب انسحابهم من الاتصال الاجتماعي ، أو بسبب كونهم يتصرفون بطريقة عدوانية . ومن المظاهر التي تظهر على هؤلاء الأفراد مظاهر اضطرابات النطق من حذف وإبدال وتشويه وعدم انسيابية الكلام (اللجلجة أو التأتأة) والسرعة المفرطة في الحديث.

الفصل السادس

- قياس وتشخيص اضطرابات اللغة والكلام
- إجراءات تشخيص اضطرابات اللغة
- إجراءات تشخيص اضطرابات النطق
- إجراءات تشخيص اضطرابات الصوت
- إجراءات تشخيص اضطرابات الطلاقة (التأتأة)

قياس وتشخيص اضطرابات اللغة والكلام

لا يمكن أن يكون هناك تدخل ناجح بلا قياس وتشخيص دقيق فكلما كان القياس والتشخيص دقيقاً ساعد ذلك على التخطيط واختيار استراتيجيات فاعلة للتدخل. لذلك يمكن القول ان التخطيط واختيار المحتوى والاستراتيجيات يحمل في طياته استغلالاً للجهد والوقت لأننا سوف لا نتخبط بشكل عشوائي وإنما نصيب الهدف، أو نحقق الهدف بأقصر المستقيمات. فالتخطيط المبني على القياس والتشخيص يساعد على جعل المعالج واثقاً من نفسه، وعلى إدراكه للأهداف المبتغاة ، أو يكون أكثر وعيا للعلاقة بين الأهداف العامة والأهداف الفرعية، كما يساعد على تقليل الجهد والوقت، وفيه مراعاة للترتيب والتنظيم، ومراعاة الأسس العامة لمبادئ التعليم والتدريب، ومراعاة للجوانب النفسية للمتعلم، كما يساعد في ذات الوقت على التقييم للإجراءات والأنشطة التي قام بها المعلم أو المعالج (الظاهر ،١٩٩٩).

يكون القياس والتشخيص بمستويات عدة

١- يبدأ أولاً بالكشف المبدئي في البيت عن طريق أولياء الأمور حيث يقارنون أبناءهم مع أقرانهم من حيث التطور اللغوي والصعوبات التي يعانيها والمتعلقة بمظاهر النمو اللغوي ، وقد لا يعول عليها إلا إذا كانت الفروق كبيرة جداً كتأخر ظهور الكلمة الأولى في السنة الأولى، وأحيانا الثانية. أما اضطرابات اللغة والكلام فتكون على الأغلب طبيعية في مرحلة ما قبل دخول المدرسة. وعند دخول الطفل الروضة والتمهيدي يشترك المعلمون والمعلمات في عملية الكشف، ويكون الجو أوفر حظاً في عملية الكشف المبدئي لوجود عدد من الأطفال في المرحلة الواحدة بأعمار متقاربة، وقد تظهر الفروق أكثر وضوحاً فيها من البيت فيما يتعلق باضطرابات النطق، اضطرابات الصوت، انسيابية الكلام وتأخر الكلام.

٢- مستوى البحث الاجتماعي: وتتعلق بكل الظروف التي مرت على الطفل من حيث الولادة والأمراض التي تعرض لها، ومظاهر النمو المختلفة للطفل وخصوصاً من الناحية الجسمية واللغوية، وما يتعلق بالوالدين من حيث السن والقرابة، والمستوى

الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، وحجم الأسرة، وأساليب التنشئة والظروف البيئية المعاشة.

٣- الفحص الطبي: وهو من المحكات المهمة في عملية التشخيص والتقييم يقوم به أطباء متخصصون.

ويمكن للطبيب استخدام جهـاز الستروبوسـكوب (Stroboscopy) الـذي يعـد مـن الوسـائل الحديثـة في التشخيص الدقيق والمبكر لكثير من أمراض الحنجرة إذ أن إخراج الصوت بواسطة الحنجرة يتم عن طريق اهتزازات للغشاء المخاطي المبطن للثنايا الصوتية، يتراوح ترددهـا مـا بـين (١٢٥- ٢٠٠هيرتـز) في الدقيقـة، ويصعب رؤيتها بإستخدام المنظار الحنجري التقليدي ذي الإضاءة الهالوجينية، ولكـن عنـدما نصـل جهـاز الستروبوسكوب إلى المنظار الحنجري التقليدي ، يمكن رؤية الاهتزازات .

إن هذا الجهاز يمكن الطبيب تشخيص الكثير مـن أمـراض الصـوت كمشـاكل الصـوت الوظيفيـة والتي لا يكون في الحنجرة أي تغير عضوي وإنما اضـطراب وظيفـي في اهتـزازات الثنايـا الصـوتية، وكـذلك المشاكل العضوية الطفيفة في الحنجرة كإرتشاح الثنايا الصوتية وحبيبات الحنجرة الصغيرة وأكياس الثنايـا الصوتية . ويمكن تشخيص سرطان الحنجرة بمراحله المبكرة والتي تكون فيها الخلايا السرطانية قد اخترقت الغشاء المخاطي المبطن للثنايا الصوتية وبالتالي منعته من الاهتزاز www.ebtihag .com

ومن الاختصاصات التي تقوم بعملية التشخيص والتقييم

أ- اختصاصي الأنف والإذن والحنجرة: وهو الاختصاصي المؤهل لقياس القدرة السـمعية للصـوت، وأمـراض الإذن إذ أن الإعاقة السمعية ترتبط ارتباطاً وثيقاً باكتساب اللغة ونموها فهي تمثل العائق الرئيسي في مرحلة استلام (استقبال اللغة) فالصمم قد يؤدي إلى عدم القدرة على الكلام.

كما هو الاختصاصي الذي يقيم الحنجرة وما تتعرض له من أمراض والتي تؤثر بشكل سلبي في عملية الإرسال إذ تعد من الأسباب العضوية لاضطرابات الصوت، كما يتعرف كذلك على سقف الحلـق هـل هو طبيعي أو غير طبيعي.

ب- أخصائي الأعصاب: وهو الاختصاصي الذي يقرر سلامة أو عدم سلامة الجهاز العصبي المركزي من خلال الفحص الطبي (الرسم الكهربائي للمخ) (Electroencephalogram) لمعرفة عمل الفصوص الأربعة للمخ أو رسم خريطة المخ (Brain Mapping) لتحديد الموجات السائدة في المخ ، أو جهاز الرنين المغناطيسي (Magnetic Resonance Imaging) لفحص نشاط المخ والاختلافات فيه ليستطيع طبيب الأعصاب معرفة سلامة أو عدم سلامة مناطق الكلام بالمخ وكذلك فحص الجهاز العصبي المحيطي.

ج- الطبيب المختص بالصدرية لمعرفة سلامة الجهاز التنفسي والرئتين لان الخلل في الجهاز التنفسي يؤثر في إرسال الكلام (ممارسة الكلام)

د- طبيب الأطفال وهو الشخص المؤهل لتشخيص نواحي القصور عند الطفل وخصوصاً العضوية والتي تؤثر بشكل عام في الصحة العامة وتلك الأعضاء المتعلقة باضطراب النطق والكلام سواء المتعلقة بالوراثة او البيئة.

٤- التقييم النفسي والتربوي : ويشمل القدرات العقلية التي تقاس باختبارات الذكاء والعمليات النمائية من انتباه وتذكر وإدراك وتفكير إضافة الى السمات الشخصية (كالثقة بالنفس، مفهوم الذات، القلق وغيرها)

كما يجري تقييمه في الجانب التربوي، تحصيله الدراسي مقارنة بأقرانه، مدى تفاعله وإقباله على المدرسة أو علاقته بأقرانه والمعلمين، وإلتزامه بأداء المهمات المدرسية، مستواه في المهارات الأساسية "القراءة والكتابة والحساب، هل يعاني من مشكلات سلوكية في المدرسة مثل "العدوانية ، الانسحاب، الخجل، الكذب، السرقة، العناد.. الخ

٥- تقييم الكلام

وهي المرحلة أو المستوى الذي يحدد نوع الاضطراب ودرجته يقوم به اختصاصي علاج اللغة والكلام من خلال مقابلة الطفل، والقيام بإجراءات متعددة كالاستماع إلى كلامه التلقائي، أو قراءة فقرات معينة من كتاب، أو ترديد حروف التهجي في مواضع مختلفة (البداية، الوسط، النهاية)، أو ذكر مسميات صور تعرض عليه، ويفضل

تسجيل كلام عينات من كلام الطفل في مواقف وأماكن ومواضع ومناسبات مختلفة (الشخص ،١٩٩٧).

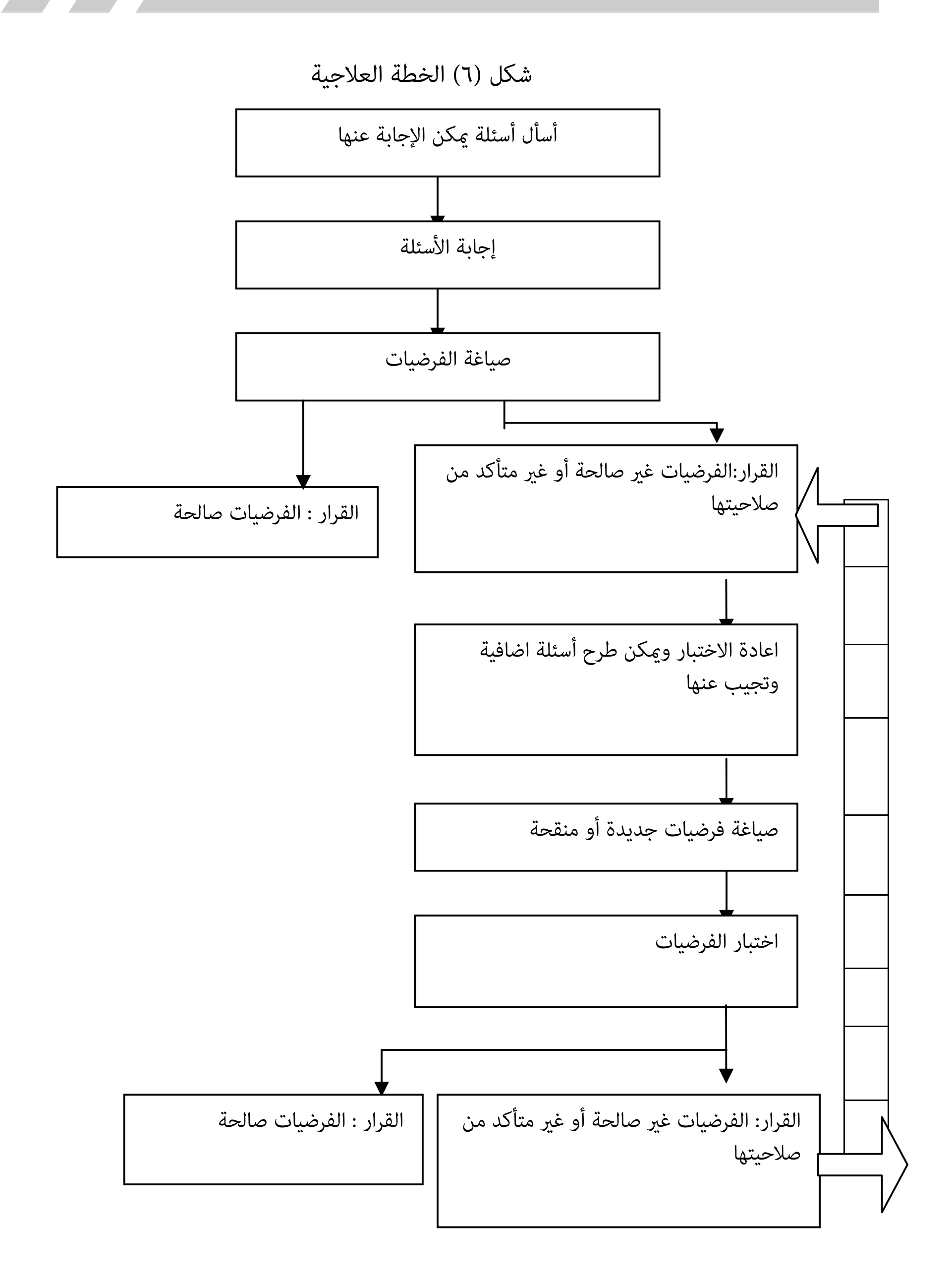
ويمكن لأخصائي اللغة والكلام أن يتعرف على نوع الاضطراب هل في النطـق ومظـاهره (حـذف، إضافة، تشويه، إبدال)؟ أو في الصوت فهل صوته همس، مبحوح، خشن، عـالٍ بشـكل مفـرط أو أنفـي، أو يتعلق الاضطراب بانسيابية الكلام فهل هناك تقطع أو مـط أو تكـرار حـروف أو المقـاطع أو الكلـمات أو الجمل، وهل يظهر عليه الجهد والتوتر أثناء الحديث؟ وهل يشعر بالخجل والحرج عند الحـديث؟ وهـل يظهـــــــــــــــــــــــــــــــــــــــر عليـــه القلق؟ وماذا يظهر عليه من سلوكات كاضطراب في التنفس، التعرق، الاحمرار، رجفة اليدين؟

ويشير المصدر السابق كذلك إلى إمكانيـة ملاحظـة اختصـاصي عـلاج اللغـة والكـلام ميكانيكيـة عملية الكلام لدى الطفل من خلال شكل الشفتين وانطباقهما على بعضهما وانتظام حركتهما إثنـاء الكـلام، وحركة الفكين وانطباقهما، وشكل الأسنان وانتظامهـا، وسـقف الحلـق (الصـلب والرخـو) وهـل يوجـد بـه تشقق، وشكل اللسان هل هو طبيعي أو أطول أو اقصر من الطبيعي الأمر الذي يؤثر في حركتـه والقـدرة على المضغ والبلع، ومشكلات الحلق والحنجرة.

إن التقييم يجب أن يتصف بالشمول لكي نستطيع الحصول على وصف دقيق للمستوى اللغوي الحالي ونقاط القوة والضعف ، والتي يمكن من خلالها أن نعطي جوانـب الضـعف جهـدا يتناسـب معـه ، كما يمكننا التعرف على المشاكل المتداخلة مع التأخر اللغوي كضعف السمع أو قصور في الأجهزة العضوية .

يرى سلفرمان (Silverman,٢٠٠٤) في هذا الصدد أنّ عملية التقييم تكون مستمرة من بداية التدخل العلاجي إلى نهايته ، ويبدأ من خلال أسئلة قابلة للجواب من خلال عملية الملاحظة، والتي يمكن من خلالها التوصل إلى فرضيات، ويتأكد تماما من صحة الفرضيات من خلال الأسئلة الإضافية التي توصله إلى التقييم الصحيح، لكي يقوم بوضع خطة علاجية . وقد وضح سلفرمان ذلك في الشكل الآتي :-

شكل (٦) الخطة العلاجية



أما الأسئلة التي يبحث الاكلينيكي عن اجابتها فهي :-

- هل يسمع الفرد خلال اختبار النغمة الصافية ضمن الحدود العادية ؟
- لماذا لم يتكلم الطفل بعمر أربع سنوات الكلمة الأولى ؟
- أي الرسائل يفهمها الفرد أكثر المحكية أو المكتوبة ؟
- تحت أي الظروف يتجنب الفرد الكلام ؟
- هل يظهر الفرد التعب بسهولة ؟
- كيف يظهراهتمام الفرد عندما يعيد المقاطع والكلمات ؟

وبالرغم من أن هذه الأسئلة ليست جميعها ترتبط بشكل مباشر بكلام الفرد أو سمعه أو وظائف لغته، ولكن ربما تفيده في عملية ادارة العلاج ، على سبيل المثال الفرد الذي يتعب بسرعة يتطلب مراعاة ذلك في جعل جلسة العلاج قصيرة .

بالاضافة إلى الأسئلة السابقة التي يمكن من خلالها تحديد اضطرابات التواصل ، فهناك أسئلة تطرح بعد فترة من العلاج تتعلق بمدى التقدم الذي تحقق من العلاج ، وهذه الأسئلة هي :-

- كم النقصان الذي حدث في شدة التأتأة ؟
- هل تعلم الطفل أن يلفظ صوت (ر) بشكل صحيح في بداية الكلمات ؟
- هل قبل الوالدان ما تعلمه ابنهما في التواصل بلغة الإشارة (والطفل ذو اعاقة شديدة لم ينجح في تعلم كلام التواصل)؟
- كيف يفهم الكلام بإستخدام المعينات السمعية التي يستخدمها حاليا ؟
- هل هناك احتمالية لتحسن الفرد في التدخل العلاجي ؟

على أية حال فإن المعالج اللغوي الكلامي هو الفرد الأول الذي يحدد الأسئلة التي تتناسب مع الحالة، أي لا يوجد قالب واحد يتبعه الجميع، ما زالت الاضطرابات متعددة وشدتها مختلفة والعمر مختلف، إضافة إلى المتغيرات البيئية التي يعيشها الفرد متغيرة ، ولا يمكن الفصل تماما بين العوامل الداخلية والعوامل الخارجية. فقد يكون السبب الذي أدى إلى الاضطراب اللغوي
أو الكلامي

داخلي ، فإن المتغيرات البيئية التي يعيشها الفرد تؤثر في تخفيف أو زيادة ذلك الإضطراب .

يستخدم الأكلينيكي بشكل عام ثلاثة مداخل للملاحظة المطلوبة للإجابة عن أسئلته :

١- يمكن أن يسأل الفرد المضطرب أن يؤدي مهمة واحدة أو أكثر أو يطبق اختبار أو أكثر الذي يحدث السلوك المطلوب ملاحظته. على سبيل المثل يطلب من الفرد إعادة (٢٥) كلمة تبدأ بحرف (السين) ، ويمكن للأكلينيكي أن يجيب عن السؤال المطلوب الآتي : هل يستطيع الفرد من لفظ صوت السين في بداية الكلمات بشكل صحيح عندما نحفزه سمعيا ؟ ويمكن معرفة الأخطاء التي يقع فيها الفرد كمياً، ولكن قد لا يعطينا هذا الاختبار صورة واضحة عن الكلمات الحقيقية التي يستطيع أن يتواصل بها .

٢- ملاحظة الطفل بشكل طبيعي عندما يظهر السلوك بشكل تلقائي دون ان يدخله في اختبار يختاره الاكلينيكي كما هو الحال في المدخل الأول ، على سبيل المثال إذا اراد الأكلينيكي معرفة شدة التأتأة عند الطفل في القراءة الجهرية ، فيمكن ملاحظته في غرفة الصف عندما يقوم بالقراءة العالية .

٣- أما المدخل الثالث فهو الاجابة عن الأسئلة من خلال مقابلة الأشخاص المؤهلين لإعطاء الاجابات كولي الأمر، وهولاء هم الأشخاص الذين يمكنهم ملاحظة سلوك الطفل عند استخدام اللغة والكلام ، والتركيز على الأسئلة التي تعطى لهم من قبل الأكلينيكي .

بعد الحصول على هذه المعلومات يمكن للأكلينيكي التوصل إلى فرضيات ، كأن يتوصل إلى أن الفرد لا يفهم الكلام بسبب فقدان السمع التوصيلي . وبعد ذلك يختبر الفرضية التي توصل إليها وهو السبب الذي أدى إلى الاضطراب .

وربما يكون مخطئا ، وفي هذه الحالة يفترض أن يعيد النظر في الأسئلة لتي وضعها والتي أوصلته إلى الفرضية السابقة التي لم تتحقق .

يحتاج في هذا الحال إلى تنقيح الفرضية السابقة أو التوصل إلى فرضية أخرى .

ويمكن عمل استمارة دراسة حالات اضطرابات اللغة والكلام والتي يفترض أن تغطي المحاور الآتية :-

أولا : بيانات عامة :

١- أسم الفرد :

٢- تأريخ الميلاد :

٣- الجنس :

٤- المستوى التعليمي للفرد :

٥- المستوى التعليمي للأب :

٦- المستوى التعليمي للأم :

٧- مهنة الأب :

٨- مهنة الأم :

٩- دخل الأسرة :

١٠- حجم الأسرة :

١١- ترتيب الطفل الميلادي :

ثانيا : تأريخ الحالة :

أ- التأريخ النمائي :

- عمر الأم عند الولادة :
- كيف كانت صحة الأم عند حدوث الحمل؟ وهل كانت مصابة بأمراض كالقلب، الربو، السكر ، الضغط .. ؟
- هل تعرضت الأم إلى أمراض خلال فترة الحمل وخصوصا الحصبة الألمانية ؟
- هل تعاطت العقاقير وخصوصا المضادات الحيوية اثناء فترة الحمل؟ وفترة تعاطيها ؟

- هل تعرضت الأم إلى الأشعة السينية وخصوصا في الأشهر الثلاثة الأولى؟

- هل كانت فترة الحمل ضمن الحدود الطبيعية ؟
- هل كانت الولادة طبيعية أو غير طبيعية كالقيصرية ؟
- هل ارضع الطفل بشكل طبيعي او صناعي أو شكل آخر ؟
- هل كان وزن الطفل عند الولادة ضمن المعدل المقبول ؟
- هل كانت حواسة خلال مرحلة الرضاعة (السمع والبصر واللمس .. طبيعية ؟
- كيف كان تطوره الحركي (الزحف ، الحبو ، الجلوس، الوقوف ، المشي) ضمن الزمن الطبيعي أو متأخرا قياسأ بأقرانه ؟
- هل سنن كأقرانه الآخرين أو تأخر عنهم ؟

ب- التأريخ الصحي :

- هل كان الطفل طبيعيا عند الولادة ؟
- هل طعم الطفل وفق المواعيد المحددة ؟
- هل أصيب الطفل بامراض وخصوصا الحصبة الألمانية أو النكاف أو التهاب الدماغ؟
- هل تعرض الطفل لحوادث كالضرب الشديد أو السقوط أوالدهس وما شاكل؟
- هل أجري للطفل فحوص وخصوصا المتعلقة بشكل أساسي باللغة والكلام كالأنف والأذن والحنجرة ، والجهاز التنفسي
- هل تعرض الطفل لسوء تغذية لأي سبب كان ؟

ج- التأريخ الاجتماعي :-

- عمر الأب
- عمرالأم
- درجة القرابة بين الأب والأم
- علاقة الأب بالأم .
- علاقة الأب بالطفل .
- علاقة الأم بالطفل .
- أساليب المعاملة الوالدية (قسرية ، حماية زائدة ، متذبذبة، تفرقة ، اهمال)

- وجود اضطرابات لغوية أو كلامية في الأسرة .
- المستوى الاجتماعي للأسرة .
- المستوى الإقتصادي للأسرة .
- المستوى الثقافي للأسرة .

د- التأريخ النفسي

- هل يعاني الطفل من النشاط المفرط ؟
- هل تنتاب الطفل نوبات غضب ؟
- هل يعاني الطفل من توترات وتشنجات؟
- هل لدى الطفل غيرة غير طبيعية من أخوته أو الآخرين ؟
- هل لدى الطفل خوف غير طبيعي من الآخرين ؟
- هل يتصف الطفل بالسلوك العدواني ؟
- هل يعاني الطفل من اضطرابات في النوم ؟
- هل يقضم الطفل أظافره ؟
- هل يحب الطفل الوحدة، وينسحب عن المحيطين به ؟
- هل يعاني الطفل من التبول اللارادي ؟
- هل يعاني الطفل من تقلب في المزاج ؟
- هل الطفل عصبي ؟

ويمكن وضع أوزان مختلفة لمعرفة درجة شدة أي اضطراب من الاضطرابات السابقة .

هـ- التأريخ اللغوي :

- هل ينتبه الطفل إلى الأصوات ؟
- هل يميز الطفل الأصوات ومن ضمنها صوت أمه ؟
- متى استخدم الكلمة الأولى ؟

- متى استخدم الكلمتين ؟
- هل كلام الطفل مفهوم او غير مفهوم ؟
- هل يعاني الطفل من اضطرابات نطقية (حذف ، تشويه ، ابدال ، اضافة) ؟
- هل يعاني الطفل من اضطرابات صوتية (طبقة الصوت ، ارتفاع الصوت، نوعية الصوت ، رنين الصوت) ؟
- هل يعاني الطفل من اضطرابات في الطلاقة ؟
- هل يعاني الطفل من اضطرابات في اللغة (النحو ، التركيب، الدلالة، اللغة الاجتماعية)؟

و- التأريخ الأكاديمي :

- هل التحق الطفل بالحضانة أو رياض الأطفال ؟
- هل التحق بالمدرسة بالعمر الإعتيادي ؟
- هل كان أداؤه في السنوات الأولى مقبولا ؟
- كيف كانت علاقته بالمعلمين ؟ مقبولة أو غير مقبولة؟
- كيف كانت علاقته مع أقرانه في الصف ؟
- هل يرغب في المدرسة ؟
- هل رسب خلال سنوات الدراسة ؟
- هل لديه مشكلات سلوكية ؟
- هل يعاني من صعوبات تعلم في (القراءة ، الحساب ، الكتابة)؟

ثالثا : التقييم الرسمي

أ – الفحص الطبي المتعلق بالاجهزة المسؤولة عن النطق والكلام وهي :

- الحواس وخصوصا السمع والبصر
- الجهاز الصوتي (الحنجرة والأوتار الصوتية)
- الجهاز التنفسي
- اعضاء النطق

١- الشفاه

٢- الأسنان

٣- الحنك

٤- اللهاة

٥- اللسان

٦- الفك

٧- البلعوم

ب- القياس العقلي والنفسي

- تطبيق اختبارات الذكاء (بينيه ، وكسلر ، رسم رجل ..وغيرها) .
- تقييم العمليات النفسية الأساسية (التذكر ، الانتباه ، الادراك)
- سمات الشخصية (مفهوم الذات، الثقة بالنفس، الاستقلالية) وغيرها .

ج- تقييم ميكانيكية الكلام

- الشفتان : حجمهما، انطباقهما ، وهل فيها أي يخلل يؤثر في اصدار الكلام .
- الأسنان : موجودة أو غير موجودة ، هل تتطابق العليا مع السفلى ؟ هل هي سـليمة أو فيهـا تسوس او متساقطة ؟
- اللسان : طوله وعرضه ، وسهولة حركته بمختلف الاتجاهات ، وهل يساعد على المضغ والبلـع بسهولة ؟
- سقف الحلق الصلب والرخو : هل يوجد شق أو خلل، انتظام أقواسه، مرونة الحركة بالنسبة للرخو ؟
- فحص اللوزتين : وهل تلتهب بشكل متكرر أو هي حالة مزمنة ؟
- اختبار تجاويف الأنف والفم عند التنفس والكلام .

- الجهاز الصوتي والبلعوم : ويشمل البلع ، حركة - الحنجرة ، سيولة اللعاب ، التهـاب الحنجـرة والأوتار الصوتية .

- الفم : البلع ، المضغ ، قفل الفم جيدا .

د- تقييم النطق (مخارج الأصوات) : ويكون ذلك من خلال استمارة تقييم والجدول الآتي يوضح :

جدول (٧) تقييم النطق

الأصوات	مظاهر الاضطراب					موضع الاضطراب في الكلمة			
	لايوجد	حذف	ابدال	تشويه	اضافة	البداية	الوسط	النهاية	مختلط
أ									
ب									
ت									
ث									
ج									
ح									
خ									
د									
ذ									
ر									
ز									
س									
ش									
ص									
ض									
ط									

									ظ
									ع
									غ
									ف
									ق
									ك
									ل
									م
									ن
									هـ
									و
									ي

هـ- تقييم الصوت : ويشتمل على :-

- طبقة الصوت : ويتعلق بأقصى ارتفاع وانخفاض الصوت ، والقدرة على تغيير طبقة الصوت ، وهل يتماشى ذلك مع العمر الزمني ، والجنس .
- ارتفاع شدة الصوت : هل هو مرتفع بشكل غير عادي ،أو منخفض بشكل غير عادي ، وهل يتناسب ذلك مع العمر والجنس .

- نوعية الصوت : ويختبر الصوت هل هو خشن ، مهموس ،مبحوح ؟ وهل النغمة تتناسب مع الحالة ، العمر والجنس؟ وهل هناك زيادة أو نقص في الأصوات الأنفية .

و- تقييم طلاقة الكلام: هل هناك تكرار في الأصوات ، المقاطع ، الكلمات ، الجمل، السرعة ، التوقفات ، اطالة أصوات الحروف .

وقد أشار باومان- وينكلر (Bauman-Waengler,٢٠٠٤) في هذا الصدد إلى الفحص التقييمي لأعضاء الكلام من خلال جانبين (البنائي والوظيفي) ووضع اربعة أوزان هي:-

١- عادي (Pass)

٢- انحراف ضئيل (Slight Deviant)

٣- انحراف ملاحظ(Marked Deviant)

٤- غير عادي (Not Pass)

والجدول الآتي يوضح ذلك

جدول (٨) الفحص التقييمي (البنائي والوظيفي) لأعضاء الكلام

البناء Structure

الرأس والوجه	تجلس أمام المفحوص وتقيس الخصائص البنائية للرأس والوجه وفق المتغيرات الآتية			
المتغير	عادي	انحراف ضئيل	انحراف ملاحظ	غير عادي
حجم وشكل الرأس				
اتساق الخصائص الوجهية				
النصف الأيسر مقابل النصف الأيمن				
غياب الترهل أو التشنج				
مظهر الشفاه				
مظهر الأنف				
مظهر ما تحت الأنف (philtrum)				
غياب مظاهر الضرب (الخبط)				
التعليقات				
التنفس : ملاحظة وتقييم السلوك التنفسي بالنسبة للمفحوص من حيث البناء كمتطلب للتكلم واصدار الأصوات خلال التنفس الطبيعي (عندما لا يتكلم) والتنفس خلال الكلام				
التنفس الطبيعي (عندما لا يتكلم)				
الفم مغلق وإذا كان مفتوحا فيؤشر على انحراف				
الوقت المستغرق في حالتي الشهيق والزفير والتي تكون حوالي ١ : ١				

نقص في التنفس الترقوي Clavicular				
التنفس خلال الكلام				
التنفس خلال الأنف (التنفس المفرط خلال الفم يعد انحرافا)				
علاقة الوقت بين الشهيق والزفير تكون ١ : ٢+				
نقص في التنفس الترقوي Clavicular				
التعليقات				
التجويف البلعومي/ الفمي :الرأس يجب أن يكون منحني إلى الخلف قليلا لتفحص المناطق الحنكية :- ١- فقدان الأسنان الأمامية تؤثر في انتاج الأحرف ٢- تطابق صفي الأسنان (الضروس والأنياب) ٣- عدم تطابق صفي الأسنان (الفك العلوي بارز قياسا بالفك السفلي) ٤- خروج الفك السفلي بشكل واضح عن الفك العلوي ٥- الفجوات الموجودة على أسطح العظ قد تؤثر في النطق ٦- عدم ارتصاف الأسنان بشكل سليم ٧- ضخامة اللسان (عندما يكون اللسان كبيرا جدا) ٨- قصر اللسان (عندما يكون اللسان قصيرا جدا) ٩- الانكماش : قد يؤشر على وجود حالة شلل ١٠- لون الحلق الأعلى والأسفل قد يؤشر على عادية أو خللهما ١١- لون الحلق والحنجرة				
حالة الأسنان				
وجود الأسنان الأمامية				
كفاية الفراغات بين الأسنان				
هل الاتجاه المحوري كاف				

التجويف البلعومي/ الفمي				
وضعية الأسنان				
انطباق طبيعي				
انطباق غير عادي (يؤشر)				
اللسان				
حجم طبيعي بالنسبة للتجويف الفمي				
لونه عادي				
ليس فيه انكماش				
عدم وجود فراغات وفتحات				
وضعية اللسان مريحة				
الحلق (الصلب والناعم)				
اللون طبيعي				
عرض القنطرة عادية				
عدم وجود فراغات وفتحات				
عدم وجود شقوق				
الشق معالج او غير معالج				
اللهاة طبيعية				
اذا كانت غير طبيعية، هل فيها شق أو انحرافات أخرى				
هل طول اللهاة عادية				
مظاهر الحلق والبلعوم				

الوظيفة Function

يمكن أن يطلب من الأطفال الكبار والراشدين أن يكملوا المهمة ، بينما الأطفال الصغار (ما قبل المدرسة وأقل) فربما يحتاجون إلى التقليد

	عادي	انحراف ضئيل	انحراف ملاحظ	غير عادي
الرأس والوجه				
مظاهر الوجه والعيون				
تناسق ارتفاع الحواجب				
هل يستطيع الابتسام والتعبيس عندما يطلب منه؟				
هل يستطيع ابراز الشفاه عندما يكون الفم مغلقا؟				
هل يستطيع ابراز الشفاه عندما يكون الفم مغلقا بشكل بسيط ؟				
هل يستطيع تحريك الشفاه يمينا ويسارا؟				
هل يستطيع تحريك اللسان بشكل سريع؟				
هل يستطيع نطق با با با؟				
الفك السفلي				
هل يستطيع أن يتحكم بالفك السفلي ؟				
هل يستطيع أن يحرك الفك السفلي يمينا ويسارا ؟				
التجويف الفمي / البلعومي				
اللسان				
هل يستطيع أن يخرج اللسان ؟				
هل يستطيع أن يحرك اللسان إلى الأعلى ليلامس				

الأنف ؟				
هل يستطيع أن يحرك اللسان نحو الأسفل ليلامس الذقن ؟				
هل يستطيع أن يحرك مقدمة اللسان يمينا ويساراً ؟				
هل يستطيع أن يحرك اللسان حول الشفاه بإتجاه عقرب الساعة وبالعكس ؟				
هل يستطيع أن يحرك اللسان من اليمين إلى اليسار وبالعكس في داخل وخارج الأسنان السفلى ؟				
هل يستطيع نطق با با با بسرعة وبنعومة؟				
هل يستطيع نطق تا تا تا بسرعة ونعومة ؟				
هل يستطيع نطق كا كا كا بسرعة ونعومة؟				
هل يستطيع ان يغير بالاعادة السريعة بين با تا وتا با ؟				
هل يستطيع ان يغير بالاعادة السريعة بين با تا كا وكا تا با ؟				
وظيفة البلعوم				
هل يستطيع خلال فترة قصيرة إعادة نطق آه بشكل جيد ؟				
هل يستطيع نفخ الخدين ؟				
هل يستطيع أن يتحكم بالهواء الموجود في الفم لنفخ				

الخدين عندما يضغط بشكل بسيط على الخدين؟				
عدم وجود اصدارات انفية				
التنفس				
التنفس خلال عدم الكلام				
هل يستمر الشهيق خلال الأنف ؟				
هل الشهيق المستمر صدري بطني ؟				
التنفس خلال الكلام				
هل يستطيع الابقاء على نطق آه لمدة خمس ثوان ؟				
التنفس خلال الكلام				
التعليقات				

إن الكشف والتشخيص والتقييم السابق يعطينا صورة واضحة عن اضطرابات النطق والكلام التي يمكننا من وضع خطة علاجية.

الاجراءات التشخيصية لتأخر اللغة

هنالك اجراءات متعددة للتشخيص تتضمن ما يلي :-

أولا : تأريخ الطفل

١- دراسة التأريخ التطوري للطفل : ويفترض أن يغطي ما يلي :-

أ- مرحلة ما قبل الولادة (مرحلة الحمل) وأهم الأعراض التي حدثت للأم خلال هذه الفترة والتي تؤثر على الجنين وخصوصا في المرحلة الامبرونية مثل تعاطي العقاقير وخصوصا القوية منها كالمضادات الحيوية ، هل

تعرضت الأم إلى اشعاعات مثل الآشعة السينية ؟ هل أصيبت الحمى الشديدة أو اصيبت بأمراض كالحصبة الألمانية ؟ هل حدث تقيء شديد ومستمر خلال هذه الفترة ؟ هل تعرضت لنزف ؟هل تعرضت لأزمات نفسية مستمرة ؟ هل تعاطت الكحول والمخدرات والتدخين؟ هل أصيبت بأمراض زهرية ؟

ب- مرحلة إثناء الولادة : هل كانت الولادة طبيعية أو اصطناعية ، او استخدم الطلق الصناعي؟ هل الولادة متأخرة أو مبكرة ؟ هل أطلق الطفل صرخة الميلاد مباشرة أو تأخر؟ وهل تأخر لفترة قصيرة أو طويلة ؟ هل استخدمت في الولادة أدوات صحية ومعقمة أو غير صحية كما تحدث في البيوت من خلال أمرأة كبيرة في السن تكون في الأغلب غير مرخصة من وزارة الصحة، كما هو الحال في القرى والأرياف ؟ هل حدث عسر ولادة وخصوصا عندما يكون الرحم جافاً ؟ هل حدث نقص في الاوكسجين ؟

ج- مرحلة ما بعد الولادة : هل أصيب الطفل باليرقان ؟ وهل بدل دمه؟ هل حدث نقص في الاوكسجين ؟ هل كانت لديه مشاكل في الارضاع؟ هل كان لونه عند الولادة أزرق أو وردي؟ وهل كانت نبضات قلبه عادية أو غير عادية ؟ هل حدثت لديه تشنجات؟ وهل ظهرت الصرخة الأولى مباشرة ؟

٢- عمر الأم عند الحمل فقد تتعرض الأمهات التي تكون أعمارهن أقل من (١٧) سنة أو أو أكثر من (٤٥) سنة إلى شذوذ تكويني .

٣- المعالم الرئسية للتطور الجلوس ، الزحف ،الوقوف ، التسنين ، المشي ، الكلمة الأولى ، الجملة الأولى ، العناية الذاتية كالقدرة على تناول الطعام، اللبس استخدام الحمام .

٥- سلامة الحواس وخصوصاً الحاسة السمعية .

٥- هل هناك تدخل مبكر اجرائيا وهل استخدم العلاج السلوكي او الطبي أو أي علاجات أخرى؟
وهل استخدم العلاج اللغوي ؟ وهل المركز مختص في هذا الجانب ؟ وهل المعالج مؤهل ؟
وما عدد الجلسات ؟ وهل استخدم العلاج الطبيعي ؟

٦- انطباع الوالدين الشخصية في سمع الطفل ، الانجاز الأكاديمي ،القدرة العقلية.

٧- صدمات الرأس وتأريخها .

٨- وسائل الاتصال :- هل يستخدم التواصل اللفظي أو غير اللفظي كالايماءات أو لغة الاشارة .

ثانياً : الاختبارات الشكلية الفموية (Orofacial Examinations) : وتتضمن ما يلي :

١- الرأس والوجه : ويمكن التركيز على مؤشرات الحجم والتناسق ، نسيج الشعر، الندوب ، السيطرة على تعبيرات الوجه ، تلوين الوجه ، التكشير، المسافة بين العينين سقوط رموش العين ، حجم الفم .

٢- الشفاه : وتشمل حجم الشفاه وشكلها ، التناسق خلال الراحة ، التحريك والابتسام ، سرعة اعادة حركات الشفاه ، حركة الشفاه خلال الاغلاق، التجعد ، الانكماش .

٣- الأسنان : من حيث الحجم ، التشوهات، التلوين ، الفراغات ، النظافة، الاسنان البديلة .

٤- اللسان : من حيث حجمه وشكله وتناسقه وحركته وقوته ولونه وارتجافه، وإحساسه .

٥- الحلق الأسفل : حجمه بالنسبة للفك الأعلى ، تناسق شكله ، حركته ،موقعه بالنسبة من الفك الأعلى .

٦- الفك الأعلى والسقف الحاد : حجمه، ارتفاعه ، تلوينه ، سقف الحنك، شكل الحلق .

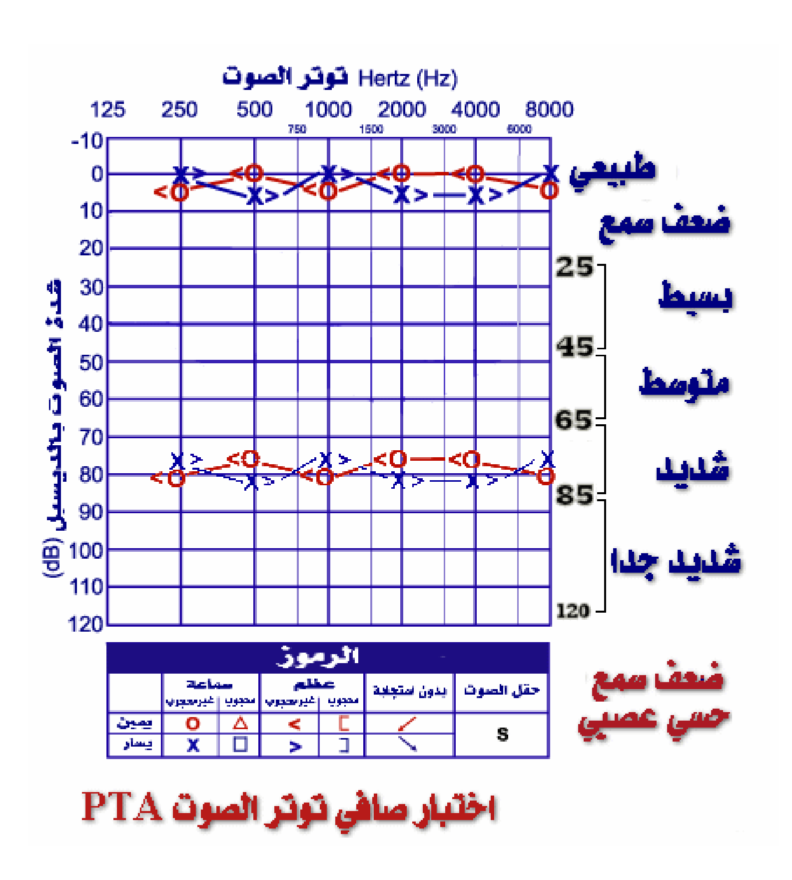
ثالثاً : التقييم السمعي : وتشمل اختبار الأذن من خلال اختبار الاتوسكوب لكلا الأذنين ، كما في الشكل الآتي

شكل (٧) جهاز الأتوسكوب



والتقييم السمعي من خلال التقييم الكلامي ، اختبار النغمة الصافية كما هو في الشكل الآتي:-


شكل (٨) يوضح اختبار النغمة الصافية



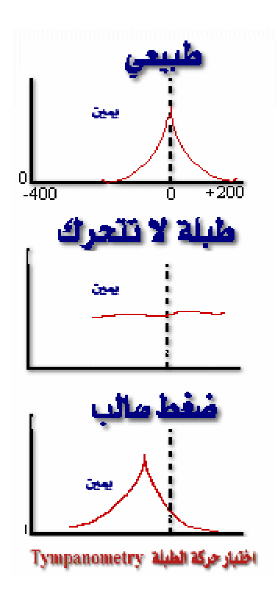
اختبارفحص استجابة جذع الدماغ (Auditory Brainstem Response) (A.B.R) كما في الشكل التالي :-

شكل (٩) اختبارفحص استجابة جذع الدماغ Auditory Brainstem Response)



واختبار حركة الطبلة (Tympanometry) كما في الشكل الآتي :

شكل (١٠) اختبار حركة الطبلة (Tympanometry)



رابعا : التقييم العصبي : من خلال معرفة مستوى الوعي ، اختبار الأعصاب القحفية، حالة العضلات ،نغمة العضلات ، قوة العضلات ، الانعكاسات ، الحواس.

خامساً : التقييم السيكومتري (Psychometric Evaluation): ويمكن استخدام كثير من الاختبارات كإختبار ستانفورد بينية لقياس الذكاء ، وهو مقياس عالمي استخدم بشكل كبير جدا لمعرفة الذكاء عند الأطفال وفيه جانبان لفظي وأدائي .

وهناك اختبار وكسلر للأطفال والراشدين فيه الجانب اللفظي والأدائي، وقد يكون اصلح من المقياس الأول لأن درجات الجزء الأدائي أعلى من الجزء اللفظي، وقد يناسب الأطفال الذين يعانون من صعوبات لغوية أكثر من مقياس بينية .

ويمكن استخدام اختبار جود انف – هاريس للرسم(Good Enough Harris Drawing Test) وهو اختبار يمكن تطبيقه بشكل فردي وجماعي ، يستغرق تطبيقه بين (١٠-١٥) دقيقة ،وتصحيحه بين (١٠-١٥) دقيقة ، وهو اختبار أدائي غير لفظي يصلح للأطفال الذين يعانون من تأخر لغوي (الظاهر ، ٢٠٠٨) .

سادساً : تحليل الادراك السمعي للغة من خلال تلاقي العيون ، متعاون أو لا ، القدرة على التقليد ، اللغة الداخلية (من خلال الصور الذهنية للأشياء ، والسببية أي العلاقة بين السبب والنتيجة) ، الالفاظ غير المباشرة من خلال اطاعة الأوامر البسيطة ، والقدرة على التمييز بين المجموعات المختلفة ، الكلمات الفاعلة وهي القدرة على التلفظ بكلمات مفردة ، القدرة على تشكيل جملة .

اختبارات الأداء اللغوية المتخصصة

١– معاني الكلمات الاستقبالية : ويمكن اختبار ذلك من خلال :-

- عدد الكلمات التي يمكن للطفل ان يميزها من خلال استخدام الصور بدون أي شكل من أشكال المساعدة .

- القدرة على التمييز بين مجموعات مختلفة مثل أفراد الأسرة ، أعضاء الجسم، الالوان، الخضروات ، الفواكه ، الملابس .
- القدرة على تصنيف الأشياء على شكل فئات ذات معاني مشتركة .
- القدرة على مطابقة الأشياء .
- القدرة على فهم المضادات مثل الكبير والصغير .
- القدرة على معرفة مفاهيم الوقت .

٢- معاني الكلمات التعبيرية : ويكون من خلال :

- عدد الكلمات التي يستطيع الطفل أن يتلفظها .
- القدرة على تسمية كلمات ذات معاني .
- القدرة على ذكر كلمات متضادة .

٣- النحو والتركيب الاستقبالي : ويمكن اختبار ذلك من خلال :

- جملة متكونة من كلمتين (فعل وفاعل)
- مؤشرات مكانية أو حروف جر مثل فوق ، تحت ، بجانب ، حول..ألخ
- مؤشرات الوقت مثل قبل ، بعد
- جملة متكونة من ثلاث كلمات مثل (فعل وفاعل ومفعول به) .
- الصفات مثل طويل ، قصير ، كبير ، صغير .
- المقارنة
- جمل المبني للمجهول

٤- التركيب والنحو التعبيري : ويكون من خلال :

- تلفظه لأسمه وأسم أمه .
- الاجابة على أسئلة تتطلب جوابا من كلمة واحدة .
- الضمائر
- الصفات
- الأفعال

- اسماء الموصولة
- لمقارنة
- العد
- النفي
- التضاد
- المفرد والجمع
- مؤشرات الوقت .

٥- اللغة الاجتماعية : ويكون من خلال

- توضيح : الأداء الوظيفي للغة ، ذات المعنى المناسب ، والنغمة الملائمة .
- القدرة على المبادرة في حوار والاستمرار فيه وانجازه حتى النهاية .

٦- الفونولوجي : ويكون من خلال اختبار النطق

ومن الاختبارات المشهورة عالميا والتي يمكن أن تستخدم في هذا الجانب:

اختبار الينوي للقدرات السيكولغوية Illinois Test of Psycholinguistic

يعد هذا الاختبار من أشهر الاختبارات الفردية التي طبقت مع الأطفال ذوي صعوبات التعلم والذي يمكن ان يستخدم مع الأطفال الذين يعانون من تأخر اللغة والذي صمم من قبل كيرك ومكارثي وكيرك Kirk, S.A., McCarthy, J.J. and Kirk , W. D. (١٩٦١) وعدل عام (١٩٦٨) .

يصلح هذا المقياس لاعمار تتراوح ما بين (٢-١٠) سنوات. اما الوقت اللازم لتطبيقه فهو ساعة ونصف، ومدة تصحيحه تتراوح ما بين (٣٠-٤٠) دقيقة.

يتكون المقياس من اثنا عشر اختباراً فرعياً هي :

١- اختبار الاستقبال السمعي Auditory Reception Subtset

الذي يقيس مجال قدرة الطفل على الاستقبال السمعي مـن خـلال الاجابـة بـنعم أو لا. يتكـون هذا الاختبار من (٥٠) فقرة مثل هل يطفو الحجر عـلى سـطح المـاء، وتعطـي درجـة واحـدة لكـل اجابـة صحيحة.

٢- اختبار الاستقبال البصري Visual Reception Subtest

ويتعلق في قدرة الطفل على مطابقـة صـورة مفهـوم مـا مـع صـورة اخـرى ذات علاقـة، حيـث يعرض على الطفل صور لـ "كتاب، طفل، كرسي، سيارة" ويطلب منه مثلا ان يشير الى صورة الطفل. يتكون هذا الاختبار من (٤٠) فقرة تعطي درجة واحدة لكل اجابة صحيحة.

٣- اختبار الترابط السمعي Visual Association Subtest

يتعلق هذا الاختبار بقدرة الطفل على اكمال جمل متجانسة في تركيبهـا اللغـوي، أي يكمـل مـا هو ناقص بوجود علاقة تجانس بينها مثل زيد ولد وفاطمة... يتكون هذا المقياس من (٤٢) فقرة ويعطـي درجة واحدة لكل اجابة صحيحة.

٤- اختبار الترابط البصري Visual Association Subtest

يقيس هذا الاختبار قدرة الطفل على الربط بـين المثـيرات البصرـية المتجانسـة او ذات العلاقـة، ويطلب من الطفل ان يربط الصورة في مركز المربع مع اربع صور أخرى في زوايا المربع مثل

صورة قميص		صورة كرسي
	صورة قلم	
صورة دفتر		صورة عربة

يتكون هذا المقياس من (٤١) فقرة، وتعطى كل اجابة صحيحة درجة واحدة.

٥- اختبار التعبير اللفظي Verbal Expression Subtest

يقيس هذا الاختبار قدرة الطفل على التعبير اللفظي عن الاشياء التي يطلب منه تفسيرها، كأن يعرض عليه شيئاً ما، ويطلب منه التعبير عنه لفظيا مثل يعرض على الطفل برتقالة ويطلب منه ان يخبرنا عما يعرفه عن البرتقالة، ويقيم الطفل وفق معايير متعددة كالصفة، التصنيف ، اللون، الشكل، التركيب.

٦- التعبير العملي (اليدوي) Manual Expression Subtest

ويقيس قدرة الطفل على التعبير العملي او اليدوي للاشياء التي تعرض عليه كأن يقلد المفحوص استخدام الشيء الذي يعرض عليه ، على سبيل المثال يعرض الفاحص على المفحوص صورة تلفون ويطلب منه كيفية استخدامه، يحصل المفحوص على درجة واحدة لكل اجابة صحيحة.

٧- اختبار تكملة الجمل من حيث القواعد والمعنى

Grammatic Glosure Subtest

ويقيس قدرة الطفل على اكمال صور ذات قواعد لغوية مترابطة كأن يطلب من المفحوص ان يكمل عبارات تتعلق بقواعد اللغة بعد أن تعرض عليه صورة ممثلة لذلك.

مثل تعرض على الطفل صورة طفل يرسم على اللوحة، وصورة أخرى لطفل يكتب في الكراسة ويسأل المفحوص الصورة الاولى الطفل يرسم والصورة الثانية الطفل... يتكون هذا المقياس من (٣٣) فقرة. تعطي درجة واحدة لكل اجابة صحيحة.

٨- اختبار الاكمال البصري Visual Closure Subtest

ويقيس قدرة الطفل على ادراك وتمييز موضوعات ناقصة من خلال عرض الفاحص موضوعات ناقصة، ويطلب من المفحوص الاشارة اليها. يتكون هذا المقياس من (٤) فقرات.

٩- اختبار التذكر السمعي Auditory Memory Subtest

ويقيس هذا الاختبار قدرة الطفل على تذكر الارقام التي تصل الى (٨) أرقام بمعدل رقمين في كل ثانية من خلال طلب الفاحص من المفحوص أن يعيد الأرقام التي سمعها. يتكون هـذا الاختبـار مـن (٢٨) فقرة.

١٠- اختبار التذكر البصري Visual Momory Subtest

ويقيس هذا الاختبار قدرة الطفل على تذكر أشياء لا معنى لها أو غير معروفة للطفـل بطريقـة متسلسلة حيث نعرض على المفحوص صور الأشياء لمدة خمس ثوان، ويطلـب منـه تـذكرها. يتكـون هـذا الاختبار من (٢٥) فقرة.

١١- اختبار الاكمال السمعي (هو اختبار احتياطي) Auditory Closure Subtest

ويقيس هذا الاختبار قدرة الطفـل عـلى اكـمال مفـردات ناقصـة ومتدرجـة في صـعوبتها حيـث يطلب من المفحوص بعد سماعه شريط ان يكمل الكلمات الناقصة. يتكون هذا المقياس من (٣٠) فقرة.

١٢- اختبار التركيب الصوتي (وهو اختبار احتياطي) Sound Blending Subtest

ويقيس هذا الاختبار قدرة الطفل على تركيب الحروف معاً كأن يطلب الفاحص مـن المفحـوص ان يكمل مفردات قطعة من قطعتين أو أكـثر، وقـد تكـون هـذه المفـردات ذات معنـى، او لـيس كـذلك، وتعرض الحروف بفاصل زمني وقدره نصف ثانية بين حرف وآخر. يتكون هذا المقياس من (٣٢) فقرة

ومن مظاهر القوة في هذا الاستبيان انه غطى مجالات على غاية من الاهمية في التطـور الـنمائي للطفل، وخصوصا فيما يتعلق بالتذكر والانتباه والتفكير واللغة بنوعيها الاستقبالية والتعبيرية.

سابعا : التشخيصات الاكلينيكية المساعدة : وتكون من خلال :-

- الفحوصات الاشعاعية : أشـعة أكـس ، الـرنين المغناطيسيـ للجمجمـة للكشـف عـن الشـذوذ في القوقعة .

- الفحوصات المختبرية : مثل مصل البليروبين (في الاصفرار)

- التقييم الجيني : لمعرفة الشذوذ الجيني
- EEG وذلك للكشف عن الأسباب العصبية في حالة الشك بذلك .

إجراءات تشخيص اضطرابات النطق

يتطلب تشخيص اضطرابات النطق النقاط الآتية :-

١- **معلومات عامة عن تأريخ حالة الطفل** :- تؤخذ هذه المعلومات من أولياء أمور الطفل، ومن باقي أفراد الأسرة كالأخوة الذين هم على احتكاك معه بشكل مستمر، وتشتمل على حالة الطفل الصحية والصعوبات التي تعرض لها إثناء الحمل وبعد الولادة ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسرة ، والعلاقة بين الآباء ، وكذلك العلاقة بين الأطفال أنفسهم، والأساليب الوالدية المتبعة في تربية الأبناء. إن أخصائي التشخيص يمكن أن يتنبأ عن السبب الذي أدى إلى اضطرابات النطق وخصوصا النفسية والبيئية .

٢- **فحص أعضاء النطق** : ويقوم به أطباء مختلفو التخصص فطبيب الأذن والأنف والحنجرة يفحص سقف الحلق وسلامته ، والتهابات الأنف، واللهاة وحركتها، وهل فيها خلل أو لا .
كما يقوم ألأخصائي التنفسي بمعرفة كفاءة الجهاز التنفسي بإخراج الهواء الكافي لعملية النطق عن طريق عملية الزفير ، ويمكن لأخصائي الفم والأسنان من معرفة العيوب المتعلقة بالفم والأسنان والتي تحول دون النطق السليم ومحاولة معالجتها إن كانت غير منتظمة أو مشوهة .

٣- **فحص السمع**

لا يمكن الفصل بين القدرة السمعية والقدرة النطقية ، لذلك يعد فحص السمع من النقاط المهمة في عملية تشخيص اضطرابات النطق ، وتكون من خلال ما يلي :-

أ- فحص القدرة على التمييز السمعي : وذلك من خلال عرض مثيرات سمعية متنوعة كالأصوات أو الأعداد أو المقاطع أو الكلمات أو الجمل ، ويمكن التسلسل في ذلك من البسيط

إلى الصعب فالأصعب . يمكن استخدام اختبارات جاهزة مثل اختبار ويبمان للتمييز السمعي (Wepman Auditory Discrimination Test) الذي يصلح لأعمار (٥-٨) سـنوات والـذي يتميـز بسهولة تطبيقه وتصحيحه . يتكون هذا المقياس من أربع مجموعات من المفردات المتشابهة أو المختلفة ، المجموعة الأولى تتكون من (١٣) زوجا من المفـردات تختلـف كـل واحـدة عـن الثانية في الصوت الأول، والمجموعة الثانيـة متكونـة مـن (١٣) زوجـا مـن المفـردات تختلـف واحدة عن الثانية في الصوت الأخير والمجموعة الثالثة متكونـة مـن (٤) أزواج مـن المفـردات تختلف واحدة عن الثانية في الصوت الوسط ، أما المجموعة الثالثة فتتكـون مـن (١٠) أزواج من المفردات المتشابهة لغرض تمويه المفحوص . يسجل الفاحص إشارة (+) إذا كانت الإجابـة صحيحة أو إشارة (-) إذا كانت الإجابة خاطئة ، ويسجل علامة إذا كانت الإشارة (+) وصـفرا إذا كانت الإشارة (-). تتراوح الدرجة التي يستطيع المفحوص الحصول عليهـا مـن(صـفر-٣٠) علامــة. أو اختبــار جولــدمان – فريســتو –ودكــوك للتمييــز الســمعي (Goldman-Fristo-Woodcock test for Auditory Discrimination) يتكـون هـذا الاختبـار مـن مجموعـات مـن المفردات المتشابهة من حيث اللفظ ، ويحتاج إلى (٢٠-٢٥) دقيقـة للتطبيـق ، أمـا تصـحيحه فيستغرق ما بين (١٠-١٥) دقيقة . تكون المفردات متكونة مـن المفـردات مرتبـة عـلى شـكل سلسلات ، وتضم كل سلسلة أربع مفردات متشـابهة مـن حيـث اللفـظ مثـل (Night ,Bite ,Write, Higher) بالإضافة إلى ذلك يضم الاختبار كتيبا خاصا مؤلفا من مجموعـة مـن الصـور الموجودة في الكتيب مع المفردات التي يسـمعها مـن الفـاحص والتـي تقـدم لـه عـلى شـكل سلسلات (الظاهر ، ٢٠٠٨) .

ب- اختبار الذاكرة السمعية: يمكن أن تكون الصعوبات النطقية ناتجة عن صعوبات في الذاكرة السمعية ، وتكون من خلال كلمات أو أعداد أو جمل قد تكون قصيرة أو طويلة. ويمكن استخدام الجزء المتعلق بذلك في اختبار وكسلر.

ج- الفهم السمعي: هناك علاقة بين الفهم والإدراك وبين عملية النطق فإذا كان الطفل يعاني من صعوبات في عملية الفهم فيمكن أن يؤثر في عملية النطق. ومن الاختبارات التي يمكن أن تستخدم في هذا الجانب اختبار ليداموك للإدراك والفهم السمعي (Lindamood Auditory Conceptualization Test, LAC) . يهدف هذا الاختبار إلى قياس مدى الفهم والتمييز السمعي للفرد ، ويتفرع إلى أربعة إختبارات ، كل اختبار فرعي يتكون من مجموعة من الفقرات ، وكل فقرة تضم مجموعة من الأصوات الأبجدية الانكليزية مرتبة ترتيباً خاصاً تبعا للاختبار الفرعي ، والمثال الآتي يوضح ذلك :

الاختبار الأول

١- (B- B – B) ٢- (A- A – A) أحرف متشابهة

الاختبار الثاني

١-(T – M) ٢- (Q - U) أحرف مختلفة وهكذا

ويضم الاختبار أيضا مجموعة من المكعبات بألوان مختلفة يصلح لأعمار ما بين (٥-١٥) سنة .

يقوم الفاحص قراءة أصوات متشابهة كما هو في الاختبار الفرعي الأول السابق وعلى المفحوص اختيار ثلاثة مكعبات بلون واحد للتعبير عن دلالة تشابه الأصوات، أو قراءة صوتين مختلفين كما هو في الاختبار الثاني السابق، وعلى المفحوص اختيار مكعبين مختلفين في اللون للدلالة على اختلاف الأصوات، وهكذا حتى نهاية الاختبار .

يعطى المفحوص علامة واحدة لكل استجابة صحيحة لكل فقرة من فقرات الاختبار لتشكل في النهاية درجته الكلية (الزبيدي ، ٢٠٠١) .

٤- قياس القدرة العقلية

ويكون ذلك من خلال تطبيق اختبارات الذكاء كاختبار بينيه أو اختبار وكسلر ، لأن عملية النطق تعتمد بشكل أساسي على عملية التقليد، والذكاء يؤثر في عملية التقليد فكلما زاد الذكاء كلما انعكس بشكل عام بشكل ايجابي على عملية التقليد والعكس صحيح .

٥- **التحديد الدقيق لنوع الاضطراب النطقي**

إن اضطرابات النطق متنوعة ، فهل هي حذف ، إبدال ، تشويه، اضافه وتحديد الأصـوات التـي يحدث فيها، وفي أي مكان تحدث، هل في الصوت الأول أو الوسط، أو الأخير أو مختلط .

ويمكن لأخصائي التخاطب جمع المعلومات عن طريق عدة أساليب ومنها : - أسلوب الأسئلة والأجوبة :- حيث يطرح الأخصائي أسئلة مألوفة على الطفل تتعلق باسمه واسم أبيه وأمه ، وأين يسكن ، ومدرسته وهكذا .

- أسلوب الحوار : حيث يجري الأخصائي طرح موضوع مألوف ومرغوب فيه من قبل الطفل كأن يجري الحوار عن لعبه يألفها الطفل ككرة القدم، ويسترسل معه في الحوار ليتعرف على نوع الاضطراب وتكراريته ومكانه، وقد يكون هذا الأسلوب أوفر حظا مع الأطفال الكبار .
- أسلوب تسمية الأشياء حيث يقوم الأخصائي باستخدام مثيرات متنوعة بصرية وسمعية وحركية، ويطلب من الطفل تسميتها، ويفضل اختيار ما هو مناسب ومرغوب فيه لكي نخلق الرغبة عند الطفل للاستمرارية، علما أن الغرض من هذا الأسلوب هو معرفة الأصوات التي يخطأ فيها ونوعها ومكانها
- أسلوب التسلسل المألوف:حيث يقوم الأخصائي بذكر أول يوم من الأسبوع والطلب من الطفل تكملة الباقي، أو ذكر أحد أو بعض الحروف الهجائية، ويطلب من الطفل تكملتها، أو الألوان، أو فصول السنة وما شاكل ذلك .

٦- **الاختبارات المقننة**

هناك اختبارات مقننة يمكن تطبيقها في عملية تشخيص اضطرابات النطق ومن هذه الاختبارات اختبار أريزونا للكفاءة النطقية (Fudala ,١٩٧٠). يتكون هذا الاختبار من مجموعة من الصور التي تجمع معظم الأصوات ، وثماني توليفات من الأصوات الساكنة في الصوت الأول

والأخير فمثلا لو أردنا أن ينطق الطفل صوت //ك// نظهر له صورة فيها كلب أو صورة فيها كرة قدم ، أما إذا أردنا معرفة هذا الصوت في آخر الكلمة فنظهر له صورة فيها سمك أو شباك .

وتسجيل الأخطاء في ثلاث خانات لأنواع ثلاثة اضطرابات النطق هي (الحذف – التحريف – الإبدال) ، كما يشتمل المقياس على استمارة فيها ٢٤ جملة، ويطلب من الطفل قراءتها بصوت مسموع لمن يعرف القراءة . وتحتوي هذه الجمل على فونيمات معينة في كلمات أساسية ، وفي المقياس استمارة لتحري الأصوات التي يخطئ فيها الأطفال . يستغرق الاختبار بحدود ثلاثين دقيقة، ويطبق بشكل فردي ، ويتميز بسهولة تطبيقه .

إجراءات تشخيص اضطراب الصوت

تعتمد عدة إجراءات في عملية التشخيص هي :-

١- تأريخ الحالة Case History وهي معرفة الوضع الصحي والحوادث السابقة التي قد يكون لها صلة بإضطراب الصوت ، كجراحة في أحد أعضاء الجهاز الصوتي ، أو إصابته بحادثة ما أثرت عليه ، أو تعاطي التدخين والخمور والمخدرات بشكل مستمر ولفترات طويلة ، أو استخدام الصوت بشكل عال وبشكل مستمر.

٢- الاستماع الدقيق إلى الشخص المراد معرفة الاضطراب الصوتي وذلك من خلال معدله وشدته وارتفاعه والتحكم به ورنينه ، ويمكن تسجيل الصوت لعدة مرات لمعرفة دقيقة لاضطراب الصوت .

٣- ملاحظة أعضاء الجسم عند خروج الصوت كحجم وشكل ولون وحركة الوجه والشفتين والأسنان ، واللسان ، والحلق ، والحنجرة ، والبلعوم .

وعندما يحرك الفرد لسانه إلى جانب واحد ، أو نقله من مكان إلى آخر بشكل بطيء جدا فهذا يكون مؤشرا أو احتمال وجود علة عصبية .

وعندما يكون هناك خنف شديد ، فينظر في هذا الحال إلى سقف الحلق ، ويؤشر إلى وجود شق في سقف الحلق . ويمكن لأخصائي التخاطب رؤية الأوتار الصوتية.
قد يتطلب الحال تحويل الفرد الذي لديه اضطراب في الصوت إلى طبيب متخصص في الأنف والأذن والحنجرة لغرض الفحص الدقيق، وأحيانا إلى طبيب الأعصاب لتشخيص الدقيق من خلال أجهزة دقيقة ، لا تجعل مكانا للأحكام غير الدقيقة .

إجراءات تشخيص التأتأة

ابتداءً لابد من القول أن التأتأة لا تقتصر فقط على الأفراد الذين يعانون من عدم الطلاقة إذ أن الأفراد الذين يتكلمون بشكل طبيعي لديهم أحيانا تأتأة وخصوصا عندما يضطربون لمواقف حياتية، فالكلام الطبيعي لا يعني الطلاقة التامة على الإطلاق . ولكن قد تكون التأتأة بسيطة عند الأفراد العاديين ولوقت قليل وغير مستمرة . لذلك قد يعتمد تحديد عدم طلاقة الكلام أما على تكرارية التأتأة لأن هناك فرقا بين الأفراد الطبيعيين والمتأتئين، كما يوجد فرق بين الأفراد المتأتئين أنفسهم لأن السبب الذي أدى إلى التأتأة لا يكون بدرجة واحدة . أو قد ينظر في تحديد التأتأة إلى نوعيتها فهل هي تكرار الصوت أو المقطع او الكلمة أو الجملة ؟ او إطالة الأصوات ؟ أو ينظر في تحديدها إلى المدة الزمنية التي يقضيها الفرد في التأتأة .

على أية حال فقد أشار هيدج (Hedge ,١٩٩١) إلى المحكات التي استخدمت في تحديد التأتأة هي :-

١- محك السلوكات الحركية :- وهي السلوكات التي تظهر على الفـرد عنـدما يتـأتئ كارتعـاش الشـفتين، رمش العين أو إغلاقها بشكل كامل، فتح الفم وإغلاقه دون

كلام ، حركات اليد والقدم غير الطبيعية التي تظهر على الفرد المتأتئ ، اضطرابات التنفس . ولابـد من الإشارة إلى أن هذه السلوكات ليس بالضرورة أن تظهر على كل فـرد مصـاب بالتأتـأة ، كـما ان هذه الحالة ترتبط بالعمر الزمني فهنـاك فـرق في هـذه الحركـات عنـدما يكـون الفـرد المتـأتئ في مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد إذ أن الاضطرابات السلوكية بشكل عام تقل كلما تقدمت السنون

٢- محك الانفعالات السلوكية وسـلوكات التجنـب والإحجـام : لا تكـون الأسر عـلى درجـة واحـدة مـن الوعي في كيفية التعامل السليم مع الطفل المصاب بالتأتأة ، فقد يلاقي من الـبعض أو الكثـير مـن الأسر استجابات غير تربوية كالنقد والطلب من الطفل على أن يكون طليقا في كلامه، وليس بيـده فعل ذلك، وقد تصدر عن الأفراد الذين يتعـاملون معـه في بعـض الأحيـان السـخرية والاسـتهجان والمضايقة، الأمر الذي يؤدي إلى تجنب التواصل ، وفي بعض الأحيان عنـدما يجـد صـعوبة في نطـق شيء يأكله ، يضطر إلى طلب طعام آخر يستطيع نطقه، وقد لا يحبه كالأول

وقد يلجأ الأفراد الذين يعانون من التأتأة إلى اللف والدوران حول الكلمة المراد قولها في موقف ما وعندما يقولها الآخر المستمع يؤكد عليها . لذلك فإن التأتأة تخلق عند الفرد القلق الأمر الذي يؤدي إلى التجنب والإحجام .

٣- محك ما يقوله المتأتئون: يصف الأفراد الذين يعانون من التأتأة بأنها حالة غير قادرين عـلى ضـبطها، ويحدث ذلك خارج إرادتهم. وقد أشار أحد الكتاب الأمريكيين الذي كان يعاني من التأتـأة ، كنـت أميل إلى التخيل ، وفي هذا الحال تكون التأتأة غير ملاحظة، ولكني عندما أريد التعبير عن أفكـاري أشعر بأن هناك عائق يحول دون ذلك، ففي داخلي كلمات كثيرة ، ولكني لا أقـوى عـلى إخراجهـا. وعند المحاولة أو إجبار نفسي الأمر الذي يؤدي إلى ظهور بعض السـلوكات اللااراديـة مثـل التعـرق وارتعاش الشفتين وإغماض العين وفتحها بشكل غير طبيعي، وبعض الحركات النمطية .

ويمكن تقييم مظاهر عدم طلاقة الكلام قبل التدخل العلاجي لمعرفة فاعلية التدخل كما في الجدول الآتي :-

جدول (٩) تقييم مظاهر التأتأة

الرقم	المظاهر	تحدث	تحدث بدرجة	تحدث بدرجة	تحدث	نادرا ما

		بدرجة كثيرة جدا	متوسطة	قليلة	أحيانا	تحدث
١	التوقف إثناء الحديث					
٢	تكرار الصوت المنفرد					
٣	تكرارالمقاطع الصوتية					
٤	تكرار الكلمات					
٥	تكرار الجمل					
٦	الضغط على الأصوات					
٧	إطالةأصوات الحروف					
٨	السرعة في الحديث بشكل غير طبيعي					
٩	تحريك بعض أجزاء الجسم وخصوصا اليدين					
١٠	التنفس السريع إثناء الحديث بشكل غير طبيعي					
١١	الجهد الواضح إثناء الحديث					
١٢	التعرق إثناء الحديث					
١٣	التوتر الواضح إثناء الحديث					
١٤	تغير ملامح الوجه كاحمراره					
١٥	تجنب الحديث أمام الناس					

الفصل السابع

التدخل العلاجي لاضطرابات اللغة والكلام

أ- علاج اضطرابات اللغة

ب- علاج اضرابات النطق

ج- علاج اضطرابات الصوت

د- اضطرابات الطلاقة (التأتأة)

التدخل العلاجي لاضطرابات اللغة والكلام

تتميز التربية الخاصة بالفردية ، ولا يمكن أن يكون هناك قالب علاجي واحد يصلح مع كل الأفراد حتى وإن كان الاضطراب أو الخلل واحداً إذ يتأثر ذلك بمتغيرات عدة ، وقد يكون هذا الاضطراب ناتجاً عن سببين مختلفين، كما قد تكون درجته مختلفة، وزمن حدوث الاضطراب، ونوعه ، كما أن المتغيرات البيئية التي يعيشها الأطفال متغيرة فمنها ما يكون صحياً يسهل عملية العلاج، ولا ترافقه مسببات تعمق وتوسع ذلك الخلل، بينما تكون متغيرات بيئية أخرى تعمق وتجذر وتوسع ذلك الخلل أي بمثابة عوامل مساعدة على تجسيد ذلك الخلل، لذلك يصار إلى التدخل العلاجي بناء على نتائج التشخيص والتقييم.

إن التدخل العلاجي يعتمد على تطبيق المبادئ العلاجية والتي تكون عادة عامة مجردة وواسعة، والإجراءات العلاجية هي عمليات إكلينيكية خاصة مشتقة من المبادئ العلاجية العامة، ويمكن أن يشتق من المبادئ أكثر من إجراء علاجي ، لذلك يمكن القول أن المبادئ العلاجية أقل من الإجراءات العلاجية .

ما هو أسلوب التعامل مع الأطفال الذين يعانون من التأخر النطقي :- في حالة تأخر الطفل عن النطق فإننا نقيم السمع أولا عن طريق فحص السمع ، فإذا كان عمر الطفل صغيرا، ولا يسمح بإجراء فحص سمعي عادي فيمكن في هذا الحال عمل فحص سمعي دماغي عن طريق أخصائي سمع، وقد يتطلب الأمر تخدير الطفل ، وهذا يحتاج إلى أخصائي تخدير ، كما يتطلب الأمر أخصائي أنف وأذن وحنجرة ، فإذا تبين أن هناك ضعفاً سمعياً بدرجة ما، ويمكن أن يعالج هذا الضعف بالمعينات السمعية نفعل ذلك، ونختار ما هو مناسب، وربما تكون المعينات السمعية غير مجدية لدرجة الضعف السمعي، وقد يتطلب الأمر زرع القوقعة الحلزونية والتي تتطلب إمكانية مادية لا يستطيع كثير من الناس إجرائها، ولكن في حال وجود الإمكانية المادية يفضل عملها بشكل مبكر.

وإذا كانت المعينات السمعية مجدية فإننا نجبر الطفل على لبسها ، ويحتاج الأمر إلى أسلوب الترغيب والتعزيز لكي نشجعه على لبسها، وقد يعتبرها الطفل في بداية الأمر جسما غريبا يرفضه ، ولكن يمكن إتباع طرق الترغيب والتشجيع والتعزيز لدفع الطفل على لبسها ، ولكن بشكل تدريجي فنبدأ بساعة في اليوم ، وبعدها نزيد الوقت ربع أو نصف أو ساعة حسب حالة الطفل ومدى تقبله للمعينة السمعية ، إلى أن يلبسها طول اليوم وحتى وقت النوم ليضعها جانباً .

وبما أن الطفل لم يسمع من قبل أو سمع بشكل مشوه فعلينا تدريبه، وأن نفهمه أولا ما هو الصوت ، ويكون ذلك من خلال إصدار أصوات عالية بذبذبات منخفضة، ونشير للطفل أن ما يسمعه هو صوت، وذلك بالإشارة إلى أذنه، يتم ذلك بمراحل متعددة، لأن عملية التدريب والتأهيل النطقي عملية مستمرة، فنبدأ أولا بوجود الصوت أو عدمه ، وبعدها استمرارية الصوت ، ثم اتجاه الصوت .

ولا تتم العملية دفعة واحدة وإنما تكون متسلسلة من الأسهل إلى الأصعب. ونقوم إثناء عملية التدريب بتدريب الطفل على نفخ الشمعة لإطفائها، ونعلمه كيفية نفخها بشكل صحيح ، ويكون كما لو ينطق صوت الواو ، ولكي نحقق المبدأ الأساسي في التعليم وهو البدء بالسهل إلى الصعب نقرب في البداية الشمعة من فمه، مستخدمين التعزيز والتغذية الراجعة ، ونقوم بإبعادها قليلا قليلا لتقوية النفس الذي يساعد على النطق. ونحاول كذلك نطبق المبدأ الثاني في التعليم والتدريب وهو البدء بالمحسوس فعندما نريه صورة أكل أو شرب علينا أن نوفر الماء أو الأكل من خلال كأس ماء أو تفاحة. ومع الوقت نطلب من الطفل إعطاءنا الصورة التي تمثل (هات المي). نتبع عند تعليم الطفل أسلوب التمثيل بشكل كبير ، أي يقوم المعالج أو المدرب بعمل الحركة التي يطلبها من الطفل فهو يطفئ الشمعة ، ويشير إلى وجود صوت ، ويقوم بتمثيل أي خطوة جديدة يطلبها من الطفل ، وعندما يطلب المعالج أو المدرب صورة تمثل شيئا ما ، ينطقها أمامه مرات عديدة إذا كان الطفل يعاني من ضعف بسيط إلى متوسط، أما إذا كان الطفل يعاني من ضعف شديد أو أكثر فينطق الصوت ويضع يده على منطقة إخراج الصوت

فمثلا الميم على جانب الخد والياء تحت الحلق، ويمكن استخدام البالون ونفخه ووضع يدي الطفل عليه.
نستخدم المفردات المألوفة للطفل مثل بابا ،ماما ، مي ، هم (أكل) وهكذا
ويفضل أن يكون المدرب مع الطفل أمام المرآة عندما يعلمه أجزاء الجسم (كالعين والأنف والفم)، ويشير إلى فمه وفم الطفل ، وكذلك بقية الأجزاء. وبعد أن يتكون عند الطفل مجموعة من الكلمات، ننتقل إلى تعليم الطفل الجمل، ونبدأ كذلك بالجملة البسيطة المتكونة من كلمتين وبمرور الوقت نزيد من الكلمات بالتدريج.
النقاط التي يجب أن تضعها المعلمة أو الأم في الحسبان

- إن جميع الأطفال الصم لديهم بقايا سمعية ، ويتطلب ذلك إعطاءهم فرص التدريب النطقي .
- لا تتوقعي من الطفل أن يستجيب من أول مرة، وإنما يحتاج إلى تكرار المحاولات، وان تبتعدي عن اليأس .
- اختاري ما هو مناسب لتستميلي الطفل فقد يتسم بالعناد والعصبية ، وتحتاجين إلى صبر ومرونة حين التعامل معه .
- شجعي الطفل على أي استجابة حتى ولو كانت بسيطة وعززيه بما يرغب.
- حاولي تقييم الطفل بين فترة وأخرى للوقوف على التقدم الذي حدث، وللتعرف على نقاط الضعف في مجال النطق ، وكذلك فحص السمع مرة كل (٤-٦) أشهر .
- يجب أن يكون هناك تعاون بين البيت والمركز سواءً كان متخصصاً في العلاج النطقي أو مؤسسة للتربية الخاصة، لكي نستطيع تحقيق الأهداف المرجوة . وكلما ازداد التعاون كلما سهل وقصر الوقت لتحقيق الأهداف .
- تجنبي الحماية الزائدة أو الإهمال الزائد .
- لا تطلبي من الطفل نطق بعض الأصوات التي تحتاج نضجا عصبيا .

- كثير من التعلم وفق نظرية التعلم الاجتماعي يحدث عن طريق التقليد والمحاكاة، لذلك يفترض من الآباء والمعلمين تجنب النطق الخاطئ .
- منح الطفل الفرص الكافية للتعبير عن نفسه ويفترض أن يلاقي ذلك القبول والاستحسان من قبل القائمين على تربيته .
- الابتعاد عن أي شكل من أشكال السخرية والاستهزاء .
- أعط التعليمات للمهارة المراد تعليمها إذ تعـد نقطـة البدايـة للعـلاج ، فمـثلا لإنتـاج الأصـوات بشكل صحيح وضح كيف يكون وضع اللسان ، الشـفاه ، فـتح الفـم أو غلقـه ، وجهـة انسـياب الهواء ، وهكذا بقية الأفعال التي تساعد الطفل على إنتاج الأصوات. وفي حالة المورفيم الجمعي غير النظامي في اضطراب اللغة تظهر صورتان صورة فيها مفـرد كرجـل وصـورة فيهـا رجـلان أو أكثر ، ويلفظها رجال ، وكذلك الحال بالنسبة للمورفيم الجمعي النظامي .
- نمذج صوت الحرف بحركات تتعلق بوضعية اللسان والفم والأسنان .

وفيما يلي التدخل العلاجي لاضطرابات اللغة والكلام :-

أ- **علاج اضطرابات اللغة** : يبدأ العلاج من البيت وخصوصا إذا كان الوالدان واعيين بالسبل البسيطة لتحسين طفلهم ، وكيفية التعامل الصحي معه .

إن المرتكز الأساسي في التعامل السليم هو ان نجعله في وضع نفسي جيد ، وهـذه القاعـدة هـي ذاتها التي يتبعها المعلم خلال تعامله مع المتعلمين في الصف سواء أكانوا عاديين أو يعانون من صعوبات، ولكن بطبيعة الحال يحتاج الأطفال الذين يعانون مـن صـعوبات ومشـاكل إلى هـذه القاعدة أكثر من الأطفال العاديين. يتجسد ذلك من خلال ابعاد الطفل عن أي شكل من أشكال الفشل والاحباط، أو استخدام الأوامر والاجبار ، أو التصحيح الذي يكتنفه التصـغير مـن قيمتـه، أو مقارنته بآخرين. يبـدأ الآبـاء بتعلـيم الأطفـال اللغـة التـي يحتاجونهـا في الأنشـطة الحياتيـة الضرورية معززا كل نجاح حتى ولوكان بسيطا، مصححا الأخطاء بطريقة صحية وتربوية.

ويجري التركيز من قبل الآباء والمعلمين أو المعالجين على

تحسين الانتباه لدى الطفل لأن التعلم والانتباه وجهان لعملة واحدة. مستخدمين المثيرات التي يرغبها الطفل، والتعزيز والتغذية الراجعة ، ويمكن للوالد أو المعالج أن يشارك الطفل في الأنشطة التي يقوم بها ، ويمكن أن ننقل الطفل من مهمة إلى أخرى شريطة ان لا يكون هذا الانتقال غير مرغوب فيه من قبل الطفل ، أو نجبره على فعل ذلك . ويمكن من خلال هذه الأنشطة تعليمه المفردات المهمة والضرورية في الأنشطة الحياتية فضلا عن تحسين الانتباه لديه .

أستخدمت مداخل متعددة في تحسين الانتباه مثل :

- المدخل الطبي : لقد استخدمت عقاقير طبية متعددة كالريتالين (Ritalin) وبيمولين (Pemoline) في تحسين الأطفال (Barkley, Dupaul & McMurray ,١٩٩٠).
- المدخل السلوكي : استخدمت أساليب تعديل السلوك بشكل كبير جداً مع الأطفال الذين يعانون من مشكلات في الانتباه كأساليب التشكيل والحث والتلاشي وتكلفة الاستجابة والابعاد المؤقت .
- تعديل السلوك المعرفي : وهي عملية ذاتية موجهة تعتمد على إعادة التنظيم للمجال الإدراكي أو لتغيير الأفكار الخاطئة وغير العقلانية لتخفيف أو إطفاء السوكات الشائكة.ومن هذه الأساليب العلاج العاطفي العقلاني والتدريب على التعليم الذاتي، العلاج المعرفي وغيرها (الظاهر ،٢٠٠٤) .
- التقليد ولعب الدور : ان كثير من التعلم يحدث عن طريق التقليد والمحاكاة، وقد استخدم هذا الأسلوب الذي يجسد نظرية التعلم الاجتماعي لبندورا (Bandura) . ويمكن القيام بأنشطة متعددة كأن نشرك الطفل الذي يتصف بنقص الانتباه بأنشطة تتخلها مثيرات مرغوبة مع مجموعة من الأطفال ، أو لعبة مرغوب فيها لمجموعة من الأطفال، يكون الطفل المستهدف واحدا منهم، وتتطلب اللعبة انتباها وتركيزا. ويمكن للطفل أن يقلد أقرانه

وخصوصا إذا كانوا نماذج مؤثرة، والاستمرار في مثل هذه الانشطة قد تساعد على تحسين انتباه الطفل .

- تدريب والدي الطفل: ان التدخل المبكر يكون أكثر فاعلية عندما يشترك الوالـدان في تحسـين انتباه الطفل لأنهم أكثر الأفراد تواجدا معه. لذلك أصبح هناك توجه عالمي لتدريب أولياء أمور الأطفال الذين يعانون من مشاكل وصعوبات .

ويمكن أن نحسن الأطفال في :-

اولا : قدراتهم الانجازية : وذلك من خلال :- (الظاهر ،٢٠٠٨)

١- الادراك البصري من خلال أنشطة كثيرة منها :-

أ- **الأنشطة المتعلقة بالتمييز البصري:**

- يعرض على الطفل بالونات بألوان مختلفة وبأحجام متنوعة، ويطلب من الطفل التمييز بين هذه البالونات
- أو يعرض على الطفل أشياء مختلفة من حيث الألوان أو الاحجام.
- تعرض صور مختلفة تحتوي على أشياء كثيرة ومتنوعة، ويُسأل الطفل ان يحدد هذه الأشياء على الصور.
- عمل أشياء مختلفة تساعد على تحسين التمييز البصري للطفـل كـأن يستنسـخ كتابـة او أشـكال يدوية بسيطة، يعملها المعلم، ويطلب منه عملها.
- يمكن خلط انواع من الحبوب كالحمص والفاصولياء والفول، ويطلب من الطفـل تصـنيف هـذه الأشياء.
- يعطى الطفل أجزاء متفرقة لصورة أو شكل معين، ويطلب منه تكوين الصورة أو الشكل بشـكل كامل مع وضع الصورة او الشكل أمام الطفل لكي يكون نموذجا.
- أن يفرق بين الأصوات أو الأرقام المتشابهة مثل (ب، ت، ث) أو (س، ش) أو (ع ، غ) أو (خ ، ج ، ح) أو الارقام (٦ ، ٩) . ولابد من الذكر انه يجب أن

يكون هناك تدرج من السهل الى الصعب فمثلاً عند تصنيف الاشياء يمكن للمعلم أن يبدأ بشيئين فقط ثم يتدرج إلى ثلاثة أشياء ثم اربعة وهكذا .

كما ان للمعلم أو المعالج الحرية في اختيار كثير من الأنشطة التي تساعد الطفل على التمييز البصري.

ب- تحسين الذاكرة البصرية: **يمكن للمعلم او المعالج ان يتبع كثير من الأنشطة التي تساعد على تحسين الذاكرة البصرية للطفل**

- كأن يعرض المعلم مجموعة من الاشياء أياً كانت هذه الأشياء وخصوصاً تلك التي تكون مألوفة للطفل، ثم يخبئ احدها ويسأل الطفل عن الشيء المفقود.
- يمكن عرض كارتات مكتوب عليها كلمات لتكون جملة ذات معنى ثم تخبئ احدى الكلمات، ويطلب من الطفل تذكر الكلمة المفقودة .
- يمكن للمعلم أن يسأل الطفل عن الأشياء التي رآها عند مجيئة الى المدرسة أو تلك الخاصة بمكان بعينه معروف للطفل.
- يمكن أن نعرض على الطفل صورتين تحتوي على مجموعة من الأشياء، ولكن احدها ناقصة شيئا أو أكثر، ويطلب من الطفل ذكر المفقود.

ج- تحسين التركيز البصري: ويمكن للمعلم أو المعالج القيام بكثير من الأنشطة التي تساعد الطفل على التركيز البصري

- كأن يوضع المعلم صندوقاً صغيراً في جانب، ويطلب من الطفل رمي الاشياء كالدعبل في الصندوق
- يمكن استخدام السهم واللوحة التي تحتوي أرقام مختلفة، ويطلب من الطفل ان يرمي السهم في اللوحة، ويركز على الدائرة المركزية الحمراء، ويمكن التحكم بالمسافة بين الطفل واللوحة.
- الطلب من الطفل عمل نماذج تحتاج إلى تركيز لنماذج جاهزة.

يتبين من خلال الأمثلة التدريبية السابقة مدى العلاقة الكبيرة بين التذكر والإدراك إذ يمكن لهذه التدريبات ان تحسن الإدراك اضافة الى التذكر.

٢- الإدراك السمعي

يمكن تقسيم الأنشطة التي من شأنها تحسين الإدراك السمعي إلى :

أ- التمييز السمعي: يمكن للمعلم أو المعالج القيام بأنشطة متعددة تساعد الطفل على التمييـز السـمعي مثل

- يصدر المعلم أو المعالج اصوات متقاربة ، ويطلب من الطفل التمييز بـين هـذه الأصـوات كصـوت الجرس وصوت التلفون، أو صوت المكنسة الكهربائية والغسالة الكهربائية ، ويمكـن للمعلـم ان يختار اصوات متشابهة أخرى.
- إصدار اصوات بنغمات عالية ومنخفضة، ويطلب من الطفـل التمييـز بـين هـذه الاصـوات العاليـة والمنخفضة او الغليظة والناعمة.
- قراءة اسماء أو كلمات تختلف في حرف واحد يكون في الأول مثـل جـوز ولـوز، أو في الوسـط مثـل نحلة ونخلة، أو في الأخير مثل قروش وقرود.
- اصدار اصوات من أماكن مختلفة، ويطلب من الطفل التعرف على الأصوات البعيدة والقريبة .

ب- الذاكرة السمعية: يمكن للمعلم او المعالج أجراء أنشطة متعددة لتحسين الذاكرة السمعية مثل:

- ذكر جمل او عبارات مشهورة أمام الطفل ويطلب منه اعادتها.
- قراءة جمل قرآنية من سورة كبيرة أو سور قصيرة، ويطلب من الطفل اعادتها.
- قراءة أناشيد ذائعة الصيت ويطلب من الطفل إعادة قراءة هذه الاناشيد .
- سرد قصة قصيرة ويطلب من الطفل إعادتها.
- ترديد اغاني معروفة في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه الطفل ويطلب منه اعادتها.
- الطلب من الطفل ان يمثل دوراً كمذيع مثلا، ويطلب من الطفل ذكر أشهر العبـارات التـي يقولهـا المذيع.

ج- التركيز السمعي: ويفضل اجراء هذه الأنشـطة بغلـق العينـين لمنـع الطفـل مـن الانشـغال بالمشـتتات الخارجية مثل

- ينقر المعلم على أشياء مختلفة لتصدر اصواتاً مختلفة، ويطلب من الطفل التفريق بين هذه الاشياء كأن ينقر على الخشب، والزجاج، الحديد، الالمنيوم وغيرها.
- قراءة كلمات ناقصة الأصوات، والطلب من الطفل إكمالها أما تكون لوحدة مثل كتا وهو يكمل كتاب أو ضمن جملة قصيرة مثل قرأ الكتا ويكمل الكتاب.
- ضرب اشياء مختلفة ببعضها لتصدر اصواتاً مختلفة كأن يكون حديد بحديد او خشب بخشب أو نحاس بنحاس وهكذا.
- وضع أشياء مختلفة في علبة ورجها، والطلب من الطفل التركيز وتمييز هذه الأصوات مثل دعبل، نقود، حبوب وغيرها.

٣- الإدراك الحركي

يمكن للمعلم أو المعالج أن يقوم بأنشطة متنوعة تساعد على الإدراك الحركي وخصوصاً فيما يتعلق بالأنشطة الحركية الدقيقة التي تحتاج الى تآزر بصري وحركي مثل

- التتبع لحروف او خطوط متنوعة، أو اشكال هندسية أو تصاميم بسيطة يكونها المعلم او المعالج، وتكون بمستوى العمر العقلي والزمني للطفل، ويراعى في ذلك التدرج من البسيط الى المركب ومن السهل الى الصعب.
- القص والقطع باستخدام المقص أو الموس على الورق أو القماش لعمل نماذج مختلفة على غرار أشكال جاهزة ، ويراعى في ذلك كذلك التدرج الذي ذكر في النقطة السابقة.
- تكوين صور أو أشكال اعتماداً على نماذج تكون أمامه.

ويمكن تحسين الإدراك الحركي للأنشطة الحركية الكبيرة كالمشي والمسك والرمي والركل من خلال أنشطة كثيرة

- وضع خطوط ويطلب من الطفل السير على هذه الخطوط دون الخروج منها أو ما بين الخطوط.
- المشي بأوضاع مختلفة كأن يضع اليدان إلى الأعلى، أو الى الجانبين .

اما بالنسبة للمسك فيمكن تدريبه على مسك الأشياء صغيرة وكبيرة شريطة ان تكون مناسبة لقدرته الجسمية والتحكم بها. ويمكن استخدام ألعاب رياضية كروية في عمليات المسك والرمي والركل.

٤- الإدراك اللمسي

ويمكن تحسين الإدراك اللمسي للطفل من خلال أنشطة متعددة

- عرض أشياء ملساء وخشنة وبأشكال مختلفة، ويطلب من الطفل التفريق بينها من خلال اللمس.
- عرض أشياء حارة وباردة ودافئة ويطلب من الطفل لمسها والتفريق بينها.
- عرض اسطر من النقط البارزة وبأحجام مختلفة ، ويكون كل سطر على مستوى معين يختلف عن الآخر، ويطلب من الطفل ان يغمض عينيه ، ويتلمس الاسطر، وان يفرق بين النقط البارزة الكبيرة والصغيرة.
- أو عرض اشكال مختلفة كأن تكون مثلثات أومربعات أو دوائر، ويطلب من الطفل ان يغمض عينيه، ويلمس هذه الاشياء ويتعرف عليها، ويمكن للمعلم ان يبتكر أشياء أخرى لتحسين الادراك اللمسي.

ثانيا : تشكيل المفاهيم : وهي المرحلة التي تلي المرحلة السابقة وهي تعليم الأطفال المفاهيم المجردة من خلال :

- مطابقة واحد مع الآخر من خلال الألوان ، الأشكال ، الحجم . أو الابتداء من الأشياء الحقيقية إلى الصور .
- التنويع على شكل فئات كالألوان والأشكال والأحجام .
- الحجم والكمية : مثل كبير صغير ، طويل قصير ، أكبر من ، أصغر من وهكذا .

ثالثا : الفهم الرمزي : ويكون من خلال :-

أ- اللعب التمثيلي

ب- اللعب مع الألعاب الصغيرة

ج- الصور

د- الايماءات

رابعا : الفهم اللفظي : ويكون من خلال استخدام جمل بسيطة بأسلوب واضح بعيد عن التعقيد والغموض ، ويرتبط بوضع مادي ملموس . ونبدأ بالجمل البسيطة المتكونة من مفردتين تكون البداية من اسمين بسيطين مألوفين للطفل ، ثم تنتقل إلى جملة متكونة من فعل وأسم ، ويمكن الاستعانة بألعاب يحبها الطفل . وبعد ذلك يمكن استخدام جمل أطول ، ويمكن لولي الأمر أو المعالج استخدام قصص قصيرة من خلال كارتات مصورة.

خامسا : التعبير : وفي هذه المرحلة يطلب من الطفل التعبير عما يرغب ويريد وتحفيزه على فعل ذلك مستخدمين التغذية الراجعة والتعزيز .

العلاج بالموسيقى

يعد العلاج بالموسيقى من العلاجات التي استخدمت مع كثير من فئات التربية الخاصة كالمتأخرين لغويا ، والأطفال المصابين بالتوحد والمضطربين انفعاليا وغيرهم. إذ يمكن أن تضفي الموسيقى على الأطفال حالات من المرح واللعب والاسترخاء ، وتخفف من حالات التوتر والقلق . كما أنها يمكن أن تغير من الاتجاهات وخصوصا السلبية، كما تقلل من النشاط الزائد ،والتشتت .

وقد أشارت قطاية (٢٠٠٤) في هذا الصدد أن للموسيقى تأثيرات فسيولوجية وفيزيائية يتم الحصول عليها من مجموعة من التغيرات الكيميائية في الدماغ التي تحدث في قسم التفكير والجهة المسوؤلة عن التنفس والانفعال والاحساس .

إن الموسيقى تطور المهارات الاجتماعية والانفعالية والادراكية والتعليمية لما تضـفيه مـن راحـة واسترخاء وصفاء، ويرافق ذلك التصفيق والغناء والتواصل مع الآخرين، فهي تدعو إلى الانصات والانتبـاه ، وهذا ما يرجع بمردود ايجابي على تطور اللغة عند الطفل سواء المنطوقة وغير المنطوقة .

ويمكن للمعالج أن يغني مع الأطفال بعض الأغاني المناسبة للرقص، ويكون طفل واحد مستهدفاً ضمن المجموعة ، أو قد يكون بعضهم مستهدفا ، وقد يكون جميع الأطفال مستهدفين . وإذا كان الطفل لا يمتلك لغة ، فيمكن للمعالج أن يستخدم أصواتاً كأصوات الحيوانات .

ويشير دوفي وفولر (Duffy &Fullet ,٢٠٠٠) في هذا الصدد إلى جملة من فوائد العلاج بالموسيقى :-

١- تعديل بعض الأنماط السلوكية الخاطئة وغير المقبولة مثـل الـدق عـلى الطبلـة بـدلا مـن ضرب الآخرين .

٢- تطوير بعض مهارات التواصل غير اللفظي مثل الحركات والإيماءات والإشارات المناسبة للنغمة .

٣- تعليم الطفل مهارة الاستماع عن طريق الإدراك السمعي والتقليد الصوتي .

٤- مساعدة الطفل على تطوير مهارة انتظار الدور وهي مفيدة في المواقف الاجتماعية .

٥- المسـاعدة في تنميـة مهـارات التواصـل بالمكونـات اللحنيـة والايقاعيـة للموسـيقى والاغـاني أو الانشطة الموسيقية التي تنمي أشكال الإتصال غير اللفظي .

٦- مساعدة الطفل للتعبير عما يجول في نفسه دون خوف أو تهديد .

٧- مساعدة الطفل على التفاعل الاجتماعي .

٨- تشجيع الطفل على التواصل البصري مع الآخرين.

ب- علاج الاضطرابات النطقية: وهي الأخطاء في إنتاج المفردات، وقد تكون ظاهرة طبيعية عند تعلم إنتاج الأصوات حتى مرحلة دخول المدرسة، وقد يكون هناك خلل واضح يؤثر في النمو الطبيعي النطق كالشلل الدماغي، انشقاق سقف الحلق، أو الإصابة الدماغية أو الإعاقة السمعية .

وعلى أية حال فقد تعـددت أسـاليب عـلاج اضـطرابات النطـق حيـث ركـزت بعـض الأسـاليب عـلى الأسباب المؤدية إلى اضطرابات النطق، ولكن عندما يعالج ضعف السمع التوصيلي فلابـد أن يرافـق ذلـك معالجة نتائجه المتمثل بالقصور النطقي. إن الأسلوب العلاجي المناسب يجب أن يأخذ بالحسبان متغيرات متعددة منها نوع الاضطراب ودرجته، وأسبابه وظروف العمل المحيطـة، وعمـر الطفـل الزمنـي والعقـلي، وسماته الشخصية، ونوعية التسهيلات المتوفرة .

تشتمل اضطرابات النطق على الإبدال ، الحذف ، التشويه ، الإضافة .

أ- الإبدال: هو إبدال صوت لغوي بآخر وأشهر أصوات الإبدال هي (س ، ص ، ذ ، ش، ج ، ر)

إن س أساس للصوت (ص) المفخمة و (ز) المرققة

ش أساس للصوت (ج)

ل أساس لصوت (ر)

فلو افترضنا أن الطفل يبدل صوت (س) إلى ثاء فيمكن للمعالج أن يقرن الصوت (س) مـع أصـوات العلـة لكي تسهل عملية نطقه سا ، سو ، سي، تكرر هذه العملية إلى أن يتقن الطفل ذلك.

- تقدم أصوات العلة على الصوت لتصبح أ سْ ، و سْ ، يسْ ، تكرر هذه العملية إلى أن تتقن.
- يقرن هذا الصوت مع مقطع معروف للطفل مثل (با) سابا، سوبا، سيبا تكرر العملية إلى ان تتقن.

- يربط س مع الأصوات المعروفة دون استخدام أصوات العلة ليكون مقطع ساكن مثل بَسْ ، بُسْ ، بسْ ، سَبْ ، سُب ، سِب ، ويمكن أن نستخدم الشمعة لإطفائها عند نطق الصوت بشكل صحيح لتثبيت الصوت، وقد تستخدم وسائل مساعدة كالمرآة لينطق المعالج أمام الطفل الصوت أو المقطع ، ثم يقوم الطفل بتقليد المعالج.
- نضع الصوت ضمن كلمة متكونة من ثلاثة أصوات نبدأها بما هو معروف للطفل مثل بسم ، سمك ، كأس .
- نضع الأصوات ضمن كلمة متكونة من أربعة أصوات بمواقع مختلفة مثل سامي، مسرح ، يدرس .
- نضع الأصوات في جملة تحتوي جميع كلماتها على صوت س مثل سافر بسام الى سوريا ليدرس .

ويمكن استخدام المدخل السيمانتي من خلال معرفة الفرق بين شباك وسباك إذ ان المعنى يختلف تماماً، ويمكن ربط الكلمة بما تدل عليه خلال نطقها وبشكل متكرر.

ولابد من الإشارة إلى أنّ تغيير الفونيم (Phoneme) يغير المعنى فهناك فرق بين فيل وميل، أما آلفون (Alophone) فلا يغير المعنى مثل (قال ، كال) .

ب- الحذف: هو حذف صوت لغوي ضمن الكلمة أو مقطع ضمن الكلمة فمثلا قد ينطق الطفل تفاحة – فاحه .

يتركز العلاج على التعليم بالموسيقى والتنغيم وتقسيم الكلمة إلى قسمين لتسهل على الطفل ، ويجري التركيز بشكل أساسي على الصوت المحذوف أو المقطع المحذوف فيمكن تقسيم تفاحة إلى ت / فاحة وتكرر بتنغيم، ويمكن ربط الأصوات المحذوفة بحركة أو إشارة لتساعد على التعلم والتذكر ونطقه لوحدة ثم مع الكلمة .

ج- الإضافة: وهو إضافة صوت زائد إلى الكلمة. يكون علاجـه بتـدريب الطفـل عـلى قـول الكلمـة بـدون إضافة، ويمكن أن يستخدم المعـالج المـرآة لينطـق الكلمـة بـدون إضـافة وبوضـوح. ويطلـب مـن الطفـل محاكاته، أو ممكن أن ينطقا الكلمة بلا إضافة معا وبصوت مرتفع ثم يخفض المعـالج مـن صـوته ليكـون صوت الطفل هو الطاغي، ويمكـن أن يتـدرج بتقليـل الصـوت إلى أن يبقـى نطـق الطفـل فقـط. ويجـري الإعادة والتكرار لتثبيت النطق السليم على أن يستخدم المعـالج التعزيـز والتغذيـة الراجعـة كلـما تطلـب الأمر ذلك، وإذا كان الطفل قادراً على الكتابة يطلب منه كتابتها مرات متعددة لكي تبقى في الذهن.

د- التشويه: نطق الصوت بشكل غير صحيح لكنه قريب من الصوت العادي مثل مكنسة – مكنثة. يمكن تقسيم الكلمة وتنغيمها لتسهل على الطفل من نطقها بشكل سليم، أو يمكن للمعالج أن ينطق الكلمة بشكل صحيح أمام الطفل ويطلب منه تقليده . أو يستخدم المرآة، ويقوم بتدريبات متعددة كأن يطلب من الطفل تقليده ، أو تجزأ الكلمة إلى قسمين، ويطلب منه محاكاته لكل جزء .

أو يمكن أن يقوم المعالج مع الطفل بنطق الكلمة مـرات عديـدة ، وبعـد أن يـدرك المعـالج صـواب نطـق الطفل ، يقلل من صوته بشكل تدريجي ليعلو صوت الطفل عليه إلى ان يبقى الطفل لوحده . ثم يطلـب منه قول الكلمة ، وحبذا لو تربط بمدلولها المادي لوحده، وإذا كان في مرحلة الكتابة يطلـب منـه كتابتهـا مرات عديدة مع نطقها . يتطلب في جميع الإجراءات السابقة المتعلقة بعـلاج اضـطرابات النطـق التركيـز على انتباه وإصغاء الطفل ليستطيع أن يميز بين الأصوات وخصوصا القريبة من بعضها، واستخدام مبادئ تعديل السلوك وبشكل خاص التعزيز الايجابي، وان نركز على جعل المتعلم في وضع نفسي جيد، ولا يكلف أكثر من طاقته .

ومن التمارين التي يمكن أن تقوي اللسان وتساعد في عملية النطق ما يلي :-

- أعط الطفل اللبان واطلب منه مضغه، ويفضل أن يكون اللبان من النوع الحلو والذي يحافظ على حلاوته لأطول فترة ممكنه .

- العب مع لطفل أي لعبة تساعد على النفخ كلعبة فقاعات الصابون ، أو نفخ الشمعة عن طريق مسابقة بين الأطفال، على سبيل المثال يمكن أن نجمع خمسة أطفال أو أقل أو أكثر ونعمل مسابقة بينهم عن طريق السؤال التالي من منكم يستطيع إطفاء الشمعة ، ونضع الشمعة على بعد يتطلب نفسا قوياً، ويمكن التحكم بذلك وفق متطلب الحال .
- نستخدم لعبة فتح الفم وإخراج اللسان بشكل فردي أو جماعي بأشكال متعددة مثلا إخراج اللسان دون أن يلامس الأسنان والشفاه، إخراج اللسان بشكل مستقيم بشكل بطيء مرة وسريع مرة أخرى، تحريك اللسان بعد إخراجه إلى الأعلى إلى الأسفل ومن اليمين إلى اليسار وبالعكس ، أو تحريكه بشكل دائري.
- يمكن وضع ما يحبه الطفل كالعسل أو الشوكلاته على جوانب اللسان لتحريكه إلى الجوانب ، أو في نهاية اللسان لتحريكه إلى الداخل ، أو على حافة خلف الأسنان العليا أو على شفته العليا لرفع اللسان إلى الأعلى .

أما تدريب الشفة فيكون عن طريق الطرق الآتية :-

- غلق الشفاه بطرق متعددة وعن طريق اللعب كأن تغلق المعلمة شفتي الطفل بإصبعيها ، أو نقل حلوى من مكان إلى آخر عن طريق طبق اللسان عليهما ، أو الطلب من الطفل أن يمسك الورقة بشفتيه ، أو وضع حلوى أو عسل على شفتي الطفل ليحاول الحصول عليها عن طريق إطباق الشفتين .
- تدوير الشفاه عن طريق وضع من الاسفنج أو القماش والطلب منه لف شفتيه عليها .
- رفع الشفة السفلى من خلال وضع شوكلاتة في الفراغ بين الأسنان السفلى والشفة السفلى .
- اسدال الشفة العليا وبنفس الطريقة السابقة وذلك بوضع شوكلاته أو بسكويت بين الأسنان العليا والشفة العليا .
-

- تحريك الشفتين إلى الجوانب عن طريق الابتسام ، ويمكن استخدام عملية التقليد عن طريق اللعب مع الطفل .

ويمكن تدريب فك الطفل كذلك عن طريق فتح وغلق الفم من خلال اللعب معه فيبدأ المدرب أو الأم بفتح الفم وإغلاقه والطلب من الطفل تقليده مستخدما التعزيز.

ومن المداخل التي استخدمت في علاج اضطرابات النطق مدخل(أو طريقة) المكان (الوضع) الصوتي (Phonetic placement approach) الذي طوره عام (١٩٢٣) سكربجور (Scripture) وعدل عام (١٩٢٧) عن طريق سكربجور وجاكسون (Scripture & Jackson) (Gordon-brannan & Weiss, ٢٠٠٦).

تعد هذه الطريقة من أقدم وأشهر الطرق التي استخدمت في علاج اضطرابات النطق إذ يعطى الطفل تمارين كلامية عامة، ويجري تعليمه كيفية انتاج الأصوات الكلامية المختلفة بشكل صحيح. ولتحريك أعضاء النطق بشكل صحيح على الطفل أن يشعر بحركات هذه الأعضاء ، ويسمع الأصوات خلال النطق بها. والطفل الذي يعاني من اضطرابات نطقية علية التحكم بأعضاءالنطق بشكل صحيح، ومهمة المعالج هو تعليمه كيفية تصحيح أخطاءه .

يوصى بتدريبات اللسان للأطفال الذين يعانون من الكلام غير الواضح، بينما يوصى للاطفال الذين يعانون من التوتر بتدريبات تتعلق بالتنفس والاسترخاء.

أما الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عضوية فيوصى بتدريبات للسان والشفه. تهدف هذه الطريقة انتاج الكلام بشكل صحيح ، ويبدأ بالفونيم فالمقطع ثم الكلمات والجمل وأخيرا المحادثة .
يمكن استخدام هذه الطريقة بشكل فردي وجماعي ، وللصغار والكبار .

ومن الأساليب التي استخدمت في هذه الطريقة للنطق السليم من خلال وضع أعضاء النطق بشكل سليم والتحكم بمجرى التنفس ما يلي :-

- معالجة التلفظ الصحيح من خلال الوضع السليم لشفرات اللسان .
- التحكم بأعضاء النطق من خلال لمسها بأصابع اللسان .
- الوصف اللفظي والتعليم .
- ملاحظة التنفس للفم والأنف من خلال المرآة .
- تحسس مجرى التنفس من خلال اليد ، أو رؤية تأثير مجرى التنفس على الأنسجة.
- ملاحظة تلفظ المعالج والطفل من خلال المرآة .
- ملاحظة التخطيطات والصور والرسومات لأعضاء النطق من خلال انتاج أصوات محددة .
- ملاحظة البلاتوكرام (Palatogram) لأعضاء النطق خلال انتاج أصوات محددة (Gordon-brannan & Weiss, ٢٠٠٦).

تتصف هذه الطريقة بأنها أسرع الطرق في استدعاء الأصوات من بعض المسترشدين، كما انها مفيدة للتعليم التعويضي لإنتاج أصوات كلامية صحيحة .

إنّ هذه الطريقة تركز على التفصيلات المادية (Physiological details) لإنتاج الكلام (Fletcher ,١٩٩٢) .

كما استخدم مدخل (طريقة) المثير (Stimulus approach) الذي يركز عـلى التـدريب السـمعي أو التدريب على الإدراك الكلامي الذي يسبق انتاج الصوت . طور هـذا المـدخل عـلى يـد فـان رايـبر عـام (١٩٣٩) وأخر نسخة حـررت عـام (١٩٩٦) (Gordon-Brannan & Weiss,٢٠٠٦). والمعـالج يمكـن أن يحفـز الطفل لإنتاج الصوت المستهدف بمستويات مختلفة من خلال التحفيز الصوتي .

يبرمج هذا المدخل اعتمادا على مبادئ الاشراط الإجرائي .

أهداف المدخل :

إن أهداف التدخل تتمثل بما يلي :-

١- ليصبح الطفل واعيا بخصائص الفونيم القياسي (الصحيح السليم) .

٢- ليميز بين خصائص الملفوظ الذي تتخله الأخطاء والصوت المستهدف (الصوت القياسي) (الصحيح) .

٣- لأنتاج الصوت القياسي وتثبيت الصوت في الاستخدام وتعزيز الصوت المستهدف لوحده وفي الكلمة والمقطع والكلمة والعبارات والجمل .

٤- استخدام الصوت القياسي في كل أنواع الكلام التلقائي ، وتحت أي ظرف من الظروف ، أي تعميمه .

يتصف هذا المدخل بالتدرج في تحقيق الأهداف كما يلي

- الهدف الأول أن يكون الطفل واعيا بخصائص الفونيم القياسي (الصحيح السليم) (Standard Phoneme) يتم ذلك من خلال تقليد المعالج بعد أن ينطق الفونيم بشكل صحيح عدة مرات ، ويطلب منه تقليده .
- اما الهدف الثاني فهو التدريب على الادراك الحسي من خلال الاستماع والمراقبة الذاتية للطفل ليميز بين الصوت القياسي والصوت الذي يتخلله عيوب. ويمكن أن يحدد الطفل أخطاءه بعد وإثناء وقبل أن تحدث . ويمكن أن يكون التقدم من خلال عملية الاسترجاع ليدرك النطق غيرالصحيح .
- أما الهدف الثالث للعلاج فيتطلب انتزاع الصوت المستهدف من خلال التغيير والتصحيح اثناء محاولات انتاجه. وهذا يجب أن يتحقق عن طريق مستويات صوتية تتابعية، ويفترض أن يكون مستوى الفونيم مناسباً لما يمتلك الطفل من مهارة.

- يشير فان رايبر (Van Riper) في هذا الصدد إلى خمس طرق بديلة لإنتاج الصوت

١- استخدام التقريب التتابعي (Progressive Approximation) أو التشكيل أي يتدرج من الأصوات التي يمكن للطفل أن يتلفظها إلى الصوت المستهدف.

٢- التحفيز الصوتي حيث يقوم المعالج بإصدار الصوت عدة مرات، ويطلب من الطفل تقليده .

٣- الوضع (مكان)الصوتي(Phonetic placement) والذي يتطلب اجراءات متعددة في كيفية النطق واستخدام أعضاء النطق بشكل سليم، وكيف يوجه مجرى الهواء .

٤- تعديل الأصوات الأخرى التي يلفظها الطفل، ويحرك العضو النطقي خلال انتاجه الصوت الأول .

٥- الكلمة المفتاحة التي يبدأ العمل بها والتي يلفظها الطفل بشكل صحيح .

أما الهدف الرابع فهو تثبيت الصوت المستهدف إذ يجب أن يعزز ويقوى قبل استخدامه في المحادثة، ويتطلب ذلك اتباع أساليب متنوعة كالإعادة، والتطويل، وزيادة الشدة والهمس، والحديث التلقائي والكتابة. وبهذا يمكن أن يستدعى الصوت من خلال مستويات صوتية تتابعية ، ولا تكون في مقاطع أو كلمات أو عبارات أو جمل .

أما الهدف الأخير فيعتمد على النقل والتعميم ، ويعتمد الطفل في هذه المرحلة على نظام التغذية الذاتية للأصوات التي يتلفظها، والتعرف على الصوت الصحيح والخاطئ الذي يحدث ويقوم بتصحيحه ذاتيا .

واستخدم كذلك مدخل التحفيز التكاملي (Integral Stimulation Approach) الذي يعتمد على مبادئ التعلم مراعيا مهارة الطفل . يتطلب من الطفل وفق هذا المدخل استخدام كل المثيرات ذات العلاقة بإخراج الصوت بشكل صحيح وأهمها الحاسة البصرية والحاسة السمعية وفي بعض الأحيان الجانب الحركي .

يركز هذا المدخل على الجوانب الإيجابية للطفل فيبدأ بتعزيز الطفل على الأصوات التي يستطيع نطقها أكثر من الأصوات التي لم يتعلمها، أو التي لا يلفظها بشكل صحيح .

ولكي نحقق اخراج صوتي صحيح علينا استغلال المثيرات الحسية الممكنة، والاستفادة من الأساليب الأخرى كالوضع الصوتي ، وتمارين اللسان والفم لكي يحللان ويجزئان عملية لكلام . ويجب أن نتبع النقاط الآتية :-

- الأصوات التي لا يستطيع الطفل نطقها بشكل سليم تسلسل بشكل منطقي حسب قدرتها التحفيزية ، ومن العوامل الثانوية التي يجب أن تؤخذ بالحسبان، رؤية الأصوات، حدة السمع، القدرات التمييزية، البيئة العامة التي يحدث فيها الكلام (وجود أفراد آخرين يعانون من اضطرابات صوتية)، الحالات العضوية، والمؤثرات في دافعية الطفل .
- تبدأ عملية العلاج بالأصوات الأكثر تحفيزا وتنشيطا ثم نتدرج إلى الأصوات الأقل تحفيزا وتنشيطا . وفي حالة بقاء الأصوات غير محفزة بالرغم من التحفيز الشديد ، نستخدم في هذه الحالة اجراءات تدريب الإدراك الحسي أو كآخر ملاذ طرق التجزئة .
- عند اختيار الصوت يقوم المعالج بالتحفيز التكاملي الذي يتضمن تلفظه للصوت والطفل يسمع ويرى ويحس ، ويستجيب لما يسمع ويرى ويحس ، ويقوم كل من المعالج والطفل بتقييم الإستجابة .
- يعالج المعالج طيلة عملية العلاج ثلاثة متغيرات المتغير الأول هو كمية المساعدة التي يحتاجها الطفل لينتج الوحدة الكلامية أي أن المعالج ينوع من كمية التحفيز. والمتغير الثاني هو تعقيد الوحدة الكلامية ، ويبدأ العلاج من الوحدات الكلامية السهلة ويتدرج إلى الوحدات الكلامية الصعبة، فيبدأ بالأصوات فالكلمات ثم الجمل والنقاش . والمتغير الثالث هو ردة فعل المشاهد أو المستمع، وعندما تكون ردة فعل المشاهد أو المستمع ودية فإن ذلك يساعد الطفل على الاستجابة
-

- الصحيحة ، أما اذا كانت ردة فعل المشاهد أو المستمع غير ودية، فهذا يودي إلى حالة النكوص الأمر الذي يؤدي إلى الاستجابات غير الصحيحة (Gordon-Brannan & Weiss,٢٠٠٦).

واستخدم كذلك المدخل الفونيمي المتعدد (Multi Phonemic Appraoch) حيث يكون العلاج وفق هذا المدخل كل الأصوات التي لا تلفظ في ذات الوقت .

من مزايا هذا المدخل أنه يعالج أكثر من صوت في وقت واحد، ووضوح التلفظ يتحسن بشكل سريع .

يشتمل هذا المدخل على ثلاث مراحل للمعالجة النطقية، وكل مرحلة تتكون من خطوات تتضمن مثير خاص ، استجابة الطفل ، الجدول التعزيزي ، مستوى المحك (المعيار) .

- مرحلة التأسيس (Establishment Stage) وتهدف هذه المرحلة إلى إنجاز الانتاج الصحيح للأصوات الخاطئة بشكل منفرد (على مستوى الأصوات) مستخدما التحفيز البصري من خلال كتابة الصوت بشكل مطبوع على كارت، ويطلب من الطفل أن يلفظه، وإذا لم يستطع القيام بذلك، يستعان في هذا الحال بالتحفيز السمعي واللمسي .
- مرحلة النقل (Transfer stage) حيث ينتقل الطفل من الأصوات إلى المقاطع والكلمات والعبارات والقراءة والمحادثة . تختار الكلمات التي تتناسب مع العمر الزمني للطفل متضمنة الأفعال والأسماء والصفات والأنواع الأخرى .
- مرحلة الإنجاز (Maintenance stage) وهي المرحلة الأخيرة التي تتطلب انجاز التلفظ الصحيح الواضح بالمواضع الكلامية المختلفة (Gordon-Brannan & Weiss,٢٠٠٦.

ج- اضطرابات الصوت

قبل البدء بالحديث عن الأساليب العلاجية لاضطرابات الصـوت لابـد لنـا أن نشـير إلى العوامـل التي تساعد على ظهور مشاكل الصوت هي :-

١- الكلام المستمر لفترات طويلة .

٢- الصراخ بشكل شديد جدا ولفترة طويلة ، أو التحدث بطبقة صوتية أعلى من المستوى الطبيعي .

٣- تعاطي المؤثرات العقلية .

٤- الانتقال من حار جدا إلى بارد جدا دون التمهيد أو التدرج لذلك

٥- البيئة غير الصحية والملوثة بالاغبرة غير الصحية ، والدخان المضر وغيرها

٦- تناول المخللات والبهارات وما شاكلها .

٧- الأصوات العالية والصاخبة المستمرة .

٨- التدخين المفرط .

٩- التعرض لنزلات البرد والحساسية والتهاب الجيوب الأنفية المزمنة .

كيف تعرف أن صوتك غير طبيعي

يمكن الاجابة على الأسئلة الآتية لتتعرف على صوتك هل هو طبيعي أو غير طبيعي :-

- هل أصبح صوتك أبحاً أو خشناً ؟
- هل فقدت القدرة على أداء بعض النغمات العالية عندما تغني ؟
- هل أصبح صوتك أعمق بشكل مفاجئ ؟
- هل تشعر أن حنجرتك متوترة أو تؤلمك في أغلب الأحيان ؟
- هل أصبحت تبذل جهداعندما تتكلم ؟
- هل وجدت نفسك تنظف حنجرتك بإستمرار ؟

إذا كانت الإجابة على أي من الأسئلة السابقة بنعم فعليك أن تراجع مختص بالحنجرة . يمكن استخدام أكثر من أسلوب علاجي تبعاً للأسباب التي أدت إليها. ومن هذه الأساليب:

ا- **المدخل الطبي:** إذا كانت العيوب التي أدت إلى اضطرابات الصوت عضوية مثل الإصابات التي تصيب الحنجرة (كالالتهاب، إصابات ، ضعفها نتيجة نقص الكالسيوم) أو شلل الأوتار الصوتية، أو انشقاق سقف الحلق، أو الشفة الشرماء، أو إصابة الجهاز التنفسي، والإعاقات السمعية التي هي من أهم الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات وتأخر النمو اللغوي عند الطفل.

إن هذه الأعراض السابقة الذكر قد تحتاج إلى عقاقير طبية أو جراحة أو علاج طبيعي ، ويكون المدخل الطبي هو الفاعل في هذه المسألة .

إن الأوتار الصوتية هي جزء كأي جزء من أجزاء الجسم، ويمكن للطبيب المختص أن يتدخل لعلاج الأسباب التي أدت إلى اضطرابات صوتية، فمثلا إذا كان اضطراب الصوت هو نتيجة لأمراض الحساسية فيستطيع المختص بأمراض الحساسية من تحديد السبب وعلاجه .

استخدمت عقاقيرمتعددة لعلاج اضطرابات الصوت إما تؤخذ عن طريق الفم أو تحقن في الأوتار الصوتية ، أو خلال العمل الجراحي، ويعتمد في ذلك على السبب الذي أدى إلى الإضطراب الصوتي . ومن أشهر التدخل العلاجي :-

- إزالة الزوائد اللحمية : تحدث الزوائد اللحمية نتيجة لإيذاء الأوتار الصوتية لأشهر أو سنوات، وقد تكون نتيجة لإلتهاب الجهاز الصوتي والاستخدام السيئ للصوت بشكل مزمن . إن هذه الزوائد تعرقل انسياب الهواء الأمر الذي يؤثر في الصوت وبالتالي تكون العملية الجراحية هي الحل الأمثل لعلاج الإضطراب الصوتي .

- حقن البالك (Bulk injection): إذا كانت الأوتار الصوتية متباعدة يصار إلى حقن أو زراعة مادة دهنية تقرب من الأوتار الصوتية مما يساعد على علاج الاضطراب الصوتي .
- (Thyroplosty) يستخدم هذا الإجراء العلاجي في حالة شلل الأوتار الصوتية، وذلك من خلال تعديل الغضروف عن طريق دفع الأوتار معا استرخاءً أو شداً .
- المعالجة السمية (Botulinum)(Botox) يهدف هذا العلاج إلى تقليل تشنجات العضلة أو الحركات الشاذة للأفراد الذين لديهم بحة متقطعة (اضطراب الحركة العصبية التي تؤثر في العضلات الصوتية للحنجرة).يحقن الأفراد كميات قليلة جدا من السم المصفى في العضلات تجعلهم يسترخون (يرتاحون)إلى حد خمسة أشهر .

www.mayoclinic.org/voice-disorders/treatment.htm

٢- **العلاج النفسي:** إنَّ لاضطرابات الصوت أثراً سلبياً في الفرد، وقد يتعرض أحيانا إلى عدم القبول الاجتماعي لان استخدام اللغة للتواصل مع الآخر.

وقد يؤثر اضطراب الصوت أحيانا إلى صعوبة الرسالة التي يستلمها المستقبل فضلا عن عدم ارتياحه للصوت المضطرب . لذلك قد يكون دور المعالج النفسي ليس فقط علاج اضطراب الصوت من خلال الاسترخاء والتخفيف من حالة القلق والتوتر وإنما كيف يتكيف الفرد مع حالته، لان التكيف مع الحالة قد تجعل الفرد المضطرب صوتياً يتجاوب مع المعالج النفسي، والتي تؤدي إلى استجابته لإرشادات وتوجيهات وتدريبات المعالج النفسي.

٣- **المدخل السلوكي:** نلجأ إلى العلاج السلوكي عندما تكون الأسباب التي أدت إلى اضطرابات الصوت بشكل أساسي غير عضوية وإنما قد تعود إلى تعلم خاطئ على اعتبار أن السلوك السوي وغير السوي مـتعلم وفق هذا المدخل، لذلك يهدف المدخل السلوكي إلى تعليم الطفل السلوك الصوتي السليم من خلال :-

- توعية الفرد بصوته المضطرب وبالصورة التي يصدر بها.

- تنمية نموذج صوتي مناسب لدى الفرد في ضوء قدرته وإمكانياته .

- توعيته على التمييز بين الصوت المضطرب والصوت العادي.

- تعديل العادات الصوتية الخاطئة أو التخلص منها وخصوصاً تلك المرتبطة بالتوتر .

- تعليم وتدريب الفرد على العادات الصوتية الصحيحة ودعمها (الشخص ،١٩٩٧).

ويرتبط الصوت بالهواء المندفع عبر الحنجرة، وقد يكون الخلل في التنفس سبباً لاضطرابات الصوت فإذا كان السبب الجهاز التنفسي كالربو والزكام فيكون للطبيب دور أساسي في ذلك، أما إذا كان الاضطراب نتاج عادات غير سليمة للتنفس مثل التنفس السريع ، التحدث لمدة طويلة في نفس واحد ، فيمكن للمعالج تدريب الفرد على التنفس الصحيح ، والتحكم في عملية التنفس من خلال التنفس العميق قدر الإمكان وإخراجه بشكل بطيء، واخذ نفس عميق ، ونطق كلمات بشكل صحيح بفواصل زمنية صحيحة.

وقد يكون الاضطراب الصوتي في بيئة دون غيرها لذلك قد يتطلب تغيير البيئة أو المتغيرات البيئية التي تبعد الفرد عن الحالات التي تؤدي به إلى الاضطراب الصوتي.

أما اشهرالطرق التي استخدمت في علاج اضطرابات الصوت فهي :-

أولا : الطرق التصحيحية (Hygienic Methods)

من أشهر الطرق التقليدية التي استخدمت في علاج اضطرابات الصوت من القديم ولوقتنا الحاضر والتي تعتمد على المدخل السلوكي هي الطرق التصحيحية (Hygienic Methods) والتي يمكن أن تستخدم بشكل فردي أو جماعي .

تركز هذه الطرق على اعتقادين :-

- كثير من اضطرابات الصوت هي نتيجة لسلوك صوتي خاطئ كاستخدام الصوت بشكل غير طبيعي يؤذي الأوتار الصوتية كالصراخ العالي لفترات طويلة ، أو عدم ترطيب أجهزة الصوت .

- تقليل السلوكات الصوتية الخاطئة يؤدي إلى تحسين الصوت فمثلا ترطيب أجهزة الصوت قد يحسن الصوت، والامتناع عن الصراخ أو البكاء المستمر لفترات طويلة يحسن من الصوت .

تتطلب هذه الطرق استخدام تعديل السلوك بشكل فردي أو جماعي . والطرق بشكل عام تتطلب فترة لتعليم المسترشد ، يتبعها فترة تدريبية لتوعيته وتحديد الإساءة الصوتية أو سوء الاستخدام، وتتطلب أخيرا برنامج تعديل السلوك لتنقيص تكرارية الإساءة .

وكثير من الدراسات التجريبية استخدمت بشكل فردي أو جماعي أو تلك التي استخدمت طرق متخصصة مثل طريقة الترطيب(Hydration) أو التدهين (Lubrication) للحنجرة أو طريقة الكحة الصامتة التي تؤدي بالنتيجة إلى تقليل توتر الحنجرة، أو راحة الصوت (Voice rest) وحققت نجاحات كما يشير توماس وستمبل (Thomas & Stemple ,٢٠٠٧) إلى كثير من الدراسات في هذا الصدد .

ومن الدراسات الفردية في هذا الجانب ، يشير سكنيدر (Schneider ,١٩٩٣) إلى استخدام هذه الطريقة مع إمرأة بعمر (٢٧) سنة كانت تعاني من عقد صوتية ، جرى تقييمها خلال سنتين وتضمن ترقيم أعراض المرأة ، قياس الصوت ، اختبار الحنجرة ، وتقديرات الإدراك السمعي للصوت. تطلب العلاج (١٢) اسبوعا بجلسات فردية، وركز على تدريب الصحة الصوتية .

أسفرت النتائج عن تحسن في تقديرات مظهر الحنجرة ونوعية الصوت. كما أشارت المرأة بتحسن الأعراض الصوتية .

ومن الدراسات الجماعية التي اجريت لإختبار تأثير تعليم الصوت الصحي (Vocal Hygiene education) والتدريب الصوتي دراسة تيمرمانز ودي بوت ووايتز وفان دي هايننك (Timmermans.Debodt, Wayts &Van de Haynin,٢٠٠٥).

شملت عينة الدراسة (٤٦) طالباً ، (٢٣) فردا منهم يمثلون المجموعة التجريبية (٢٣) فردا يمثلون المجموعة الضابطة .

تعرضت المجموعة التجريبية إلى تعليم الصوت الصحي لمدة سنة، وسنة ونصف إلى التدريب الصوتي. أما المجموعة الضابطة فلم تتعرض إلى أي نوع من التدخل. اسفرت النتائج عن تحسن ايجابي للمظاهر الصوتية للمجموعة التجريبية للتعليم الصوت الصحي. ولكن لم ينجح التدريب الصوتي في أحداث تغير ايجابي في العادات الصوتية اليومية بعد أن طبقت استبانة تتعلق بذلك قبلي وبعدي .

ثانياً : الطرق العلاجية المادية (Physiologic Voice thrapy)

ومن الطرق العلاجية الأخرى التي استخدمت في هذا الجانب العلاج الصوتي المادي (Physiologic Voice thrapy) والتي تركز على الأعضاء المنتجة للصوت.

يستخدم في هذا العلاج التشريح ووظائف الأعضاء .

يشير ستمبل ورفاقه (Stemple et al, ٢٠٠٠) إلى ثلاثة مكونات للعلاج المادي :-

١- تحسين الموازنة أوالمؤاءمة بين أجهزة انتاج الصوت الرئيسية للتنفس والتلفظ والرنين .

٢- تحسين القوة ، المؤاءمة (الموازنة) الطبقة ، الطاقة للعضلات الحنجرية.

٣- تطوير عضلات صحية تغطى الأوتار الصوتية الحقيقية .

ومن هذه الطرق العلاجية :-

أ- **علاج الصوت الخافت (Confidential voice therapy)** : استخدمت هذه الطريقة التي قدمها كل من كولتون وكاسبر (Colton &Casper ,١٩٩٠) والتي تهدف إلى تقليل الضغط المزماري (Glottic Compression) وشدة احتكاك الأوتار الصوتية في حالات الأداء الصوتي المفرط (Vocal Hyperfunction) خلال عملية التصويت.

يتطلب من الفرد التكلم بنعومة وليس همساً أو بنغمة مبحوحة (Breathy Tone) خلال التفاعلات التواصلية لعدة أسابيع . أن الصوت المبحوح الخفيف يزيد من كمية الهواء، ويؤدي إلى تباعد بسيط بين الأوتار الصوتية وانفتاح مجرى

التنفس يسمحان بمرور كمية اكبر من الهواء، وان هذا الصوت يقلل من الكلمات اثناء الزفير.

إن النغمة الخافتة تؤدي إلى ضغط مسماري مفتوح بشكل بسيط خلال اصدار الصوت مما يقلل من اصطدام الأوتار الصوتية خلال عملية التلفظ .

إن هذه الطريقة تؤدي إلى :-

١- تقليل تاثير اصطدام الأوتار الصوتية خلال انتاج الصوت .

٢- تقلل من شدة الصوت .

٣- اعادة تدريب العبارات ومعدل انماط الصوت .

٤- تقليل توتر العضلات خلال التلفظ .

٥- ابعاد التوتر وأنماط التنفس القوي (الشديد) (Casper,٢٠٠٠) .

ب- **تمارين الأداء الصوتي (Vocal Function Exercises)** : وتهدف هذه الطريقة إلى إعادة الموازنة بين انظمة الكلام الفرعية للتنفس والتلفظ والرنين .

يشير ستمبل(Stemple ,١٩٩٣) إلى أربعة تمرينات والتي تجرى مرتين لكل تمرين:-

١- التمرين الأول (تمرين الإحماء) ويستخدم جهاز الحنجرة لإخراج صوت (i) بطبقة صوتية محددة مسبقاً.

٢- التمرين الثاني (تمرين المد) : ويتطلب من الفرد الانسياب صعودا في معدل طبقة الصوت .

٣- التمرين الثالث تدعيم انكماش الجهاز من خلال الطلب من الفرد الإنسياب نزولا في معدل طبقة الصوت .

٤- يقوي الفرد النقاط بشكل تتابعي طالما كان ذلك ممكناً .

ج- **علاج رنين الصوت** (Resonant Voice Therapy) : تهدف هذه الطريقة إلى تحقيق الصوت الأقوى والأنقى قدر الإمكان بأقل الجهود وأقل التأثير في الأوتار الصوتية، ولتقليل احتمالية الأذى ولزيادة احتمالية صحة الأوتار الصوتية .

تركز هذه الطريقة في تمارين الأداء الصوتي على المعلومات الحسية لعملية اصدار الصوت. يُسأل الفرد (المريض) بشكل مستمر عما يشعر، ويركز على التغذية الراجعة للسمع .

أما أهم خصائص هذه الطريقة :-

- يتركزالهدف الإدراكي الأساسي على الأحاسيس الاهتزازية خلال التلفظ البسيط .
- يعتمد العلاج على التجريب ، ويركز على المعلومات الحسية للعملية (ماذا يشعر المريض ويسمع) .
- يتوقع أن تتأثر عملية التدريب في الرنين بشكل أساسي بمستويات متعددة لأعضاء التنفس والحنجرة .
- يستخدم التكرار الكثير خلال الأحاديث المختلفة والغناء والسياقات البيئية المرتبطة بالمتعلم .
- يتوقع حدوث تغيرات عضلية عصبية وإدراكية خلال اصدار الأصوات .
- إن التدريب هو الهدف الأساسي المطلوب والذي يتطلب اصرارا كبيرا لتحقيق أكبر دقة ممكنة للمهمات الإدراكية .

تبدأ كل جلسة بسلسة من الاجراءات الدقيقة لعمليات التنفس والمد(stretching)

وتتضمن هذه الإجراءات ما يلي :-

المد (الإمتدادات) يأخذ كل تمرين من (٣-١٠ ثوانٍ)

١- الأكتاف

- إلمس المرفق (الكوع) من الخلف .
- مد الذراعين إلى الأمام .

٢- الرقبة

- أنزل الرأس ببطء .
- در الرأس عاليا إلى أن يصبح مستقرا (مضبوطاً) على قمة الرقبة واشعر عضلات الرقبة .
- انته عندما يكون تاج وكرة الرأس(crown and ball) متوازنة .
- ارفع الرأس بعيدا عن الرقبة .
- تحسس الألياف الممتدة نحو الأكتاف بواسطة أصابعك .
- مد الأذن نحو الأكتاف ومد الذراع المعاكس .

٣- الفك

- دلك القواطع اسحبها لتحت وللأمام .
- ادفع الابهام إلى المقاطع والفم مفتوح قليلا .

٤- سطح الفم

- اضغط الابهام على سطح الفم .
- اولا لا تعمل صوت ، وبعدها اعمل صوتا ساكنا بلا لسان جاف .

٥- الشفاه

- رعش الشفاه
- بلا صوت
- صوت مستمر
- غيره (اجعلة ساكنا أو متحركا)

٦- اللسان

- رعش اللسان
- بلا صوت
- بصوت مستمر
- غير (مرة ساكن ومرة متحرك)

- ابرزلسانك خارج وأسفل ويديك خلف ظهرك .
- تنفس بلا صوت
- تنفس بصوت

٧- التنفس

- ازفر الهواء خارجا مستخدما الحرف (ف) ولا تشهقه إلاّ إذا كان ذلك ضروريا .
- عند الضرورة ، أخرج الهواء من البطن بسهولة.
- أخرج الهواء بصوت وبلا صوت .

٨- الحنجرة

- تثاءب
- تثاءب وتنهد بصوت
- مد الحنجرة مع هذه المحاولات .

إن هذه الممارسات لعمليتي المد والتنفس مهمة لتعلم نوع خاص من الهمهمة والتي يمكن أن نتدرج من خلالها إلى عبارات أدائية، ومن ثم إلى المحادثة (Stemple, Glaze & Greman**٢٠٠٠**) .

وأشار فردوليني (Verdolini ,٢٠٠٠) خلال بحثه المتعلق بدراسة حالة (Case Study) إلى هرم متكون من سبع خطوات هي

١- الخطوة الأولى لهرم علاج رنين الصوت : أبدأ بإضافة سياقات كلام غير لغوية أو تكرار ل (ما ما ما ما)، نلاحظ في هذه الخطوة استخدام الأصوات الجهرية (Voiced Sounds) والتي لا تحتاج إلى تلفظ حنجري.

يمكن اضافة سواكن حسب الرغبة لكي تختلف سياقات التدريب .

- ما ما ما ما (الطبقة ثابتة)

- نوّع في معدل الصوت فقط .
- اكتشف الاهتزازات ، وقم بتجربة الاهتزازات الواسعة والضيقة.

- ركز كليا على الاهتزازات الضيقة .
- سهل انتاج الأصوات عن طريق تنقيص الجهود .

- ما ما ما ما

- بطيء – سريع - بطيء
- منخفض – عالٍ – منخفض
- نوّع من الشدة والمعدل والطبقة ثابتة .

- ما ما ما ما ككلام ، استخدم عبارات غير لغوية تختلف في المعدل أو الطبقة أو الإرتفاع . أعمل على الربط من عضلات البطن إلى الشفة .

- رنم العبارات الجهرية الآتية بنغمة موسيقية ، وتلفظ شديد الوضوح ورنين سهل .

▪ Mary made me mad

▪ My mother made marmalade

▪ My merry mom made marmalade

▪ My mom may marry Mary

▪ My merry mom may marry Mary

▪ Mary made my mother merry

كن حريصا على عمل ربط بين التنفس البطيني المساند إلى الجبهة الأمامية للوجه.

٢- الخطوة الثانية لهرم علاج رنين الصوت : وتزداد المهمة في هذه الخطوة صعوبة بإضافة الحروف الساكنة ، وهذا يتطلب تلفظ حنجري سريع والذي يقترب كثير من متطلبات انتاج أصوات المحادثة .

- ما ما با با ..... تختلف في المعدل (نغمة محادثة مريحة)
- ما ما با با .....بطيئة – سريعة - بطيئة

منخفضة – عالية - منخفضة(نغمة محادثة مريحة) .

- ما ما با با للكلام : استخدم عبارات غير لغوية تختلف في المعدل، الطبقة ، الإرتفاع وأعمل كذلك على ربط من العضلات البطنية إلى الشفة .
- ترنم العبارات الجهرية المهموسة بنغمة موسيقية ، وبالغ في تلفظها كليا.

✓ Mom may put Paul on the moon

✓ Mom told Tom to copy my manner

✓ My manner made Pete and Paul mad

✓ Mom may move Polly's movie to ten

✓ My movie made Tim and Tom sad

٣- الخطوة الثالثة لهرم علاج رنين الصوت : أصبحت المهمة أكثر صعوبة من خلال تقديم عبارات أخرى . إذ يجب أن تقال العبارات المرنمة بتركيز متقدم جداً، وتلفظ بوضوح مفرط . والعبارة المتغيرة في طبقة الصوت والانتاج الطبيعي جدا يجب أن يحقق نفس الاتصال الواضح والتصويت(Phonation) السهل .

- رنم خمس إلى سبع عبارات مقطعية على النغمة .
- غيّر طبقة الصوت لنفس العبارات بوضوح وسهولة .
- كرر نفس العبارات بكلام أكثر طبيعية وسهولة .

٤- الخطوة الرابعة لهرم علاج رنين الصوت (قراءة الفقرة) :تبدأ هذه الخطوة بربط سلسلة من العبارات والتي تزيد من صعوبة المهمة .

يتطلب في هذه الخطوة تحقيق الوضوح الشديد فقط لتؤكد أن المهمة أتقنت .

- أقرأ الفقرة مع شخص يؤشر لك العبارات ، افصل كل عبارة من العبارات المكونة للفقرة عن طريق الاستنشاق الطبيعي للهواء فقط .
- بالغ في الوضوح والتركيز، وبعدها أعد الفقرات ليكون كلاما طبيعيا جدا(انتاج الصوت).
- أعد ما سبق من الفقرات دون أن يؤشر لك شخص آخر .

٥- الخطوة الخامسة لعلاج رنين الصوت (المحادثة المضبوطة) (Controlled Conversation) : انه الوقت الذي يبدأ بالانتقال إلى المحادثة " السهل الواضح" وملاحظة السلوك الصوتي .

ويمكن اختيار أي موضوع يثير اهتمام المسترشد ليكون نقطة الانطلاق للمحادثة، من العمل والأسرة إلى العطل والهوايات .

وربما يريد الطفل أوقات محادثة في البيت كأن تجري على مائدة الطعام. ويتطلب من الطفل ملاحظة تكلمه اثناء التكلم، وقد يجد صعوبة في ذلك. ولكن اتقان الخطوات السابقة بشكل جيد يقلل من الصعوبة .

- تدرب على موضع الكلام السهل عند المناقشة .
- لا تسمح بالهجمات المزمارية والجفاف المزماري .

٦- الخطوة السادسة لعلاج رنين الصوت (المعالجات البيئية) :تختلف المحادثة في هذه الخطوة عن سابقتها إذ جرت المحادثة في السابق بجو هادئ بعيد عن المشتتات البيئية كالضوضاء . في هذه الخطوة يتطلب من المسترشد ممارسة المحادثة بوجود مثيرات بيئية مشتتة .

- اجعل بيئات المحادثة متسقة مع حاجات الطفل .
- استخدم أشرطة كخلفية ضوضاء .
- اذهب لأماكن تتخللها الضوضاء كالكافتيريا .
- تدرب في بيئة محاضرة .

٧- الخطوة السابعة لعلاج رنين الصوت (المعالجات الإنفعالية): اثبت أو تحدى استخدام الصوت الرنان بتحريك النقاش إلى مواضيع يمكن أن تنتزع الضحك، الكلام العالي، الغضب ، الامتعاض والانفعالات الأخرى .

استخدم مواد ومواضيع تشغل وتتحدى الطفل على نحو متزايد والتي تتركز على الشخصية ، الاهتمامات ، العمل ، التجربة ، العواطف .

ومن النقاط التي يركز عليها هذا البرنامج العلاجي المتعلق بالصوت أو النطق أو التأتأة هو التدريب في البيت . لذلك يعد التدريب في البيت جزء أساسي لعلاج رنين الصوت، ولكن عادة ما يكون العلاج محدودا لبعض الجلسات الفعلية .

يعطى المسترشد المهارات والمهمات التي يجب أن يتقنها في البيت ، وتشمل :

- إن النقطة الأساسية لكل تمرين ولكل اسبوع هو الشريط المسجل كتمرين بيتي. على سبيل المثال، يتطلب التدريب في البيت جلسات تتراوح ما بين (١٥-٢٠) دقيقة لمرتين في اليوم وبثياب قصيرة إذا تطلب الحال .
- المدد (الامتدادات) (Stretches) .
- اشارات(Gesture) رنين الصوت الأساسية .
- اختيار مستوى من الهرم العلاجي .

تشير العديد من الدراسات في الوقت الحاضر إلى أن رنين الصوت يميل إلى أن يكون سهلا عندما تكون الأوتار الصوتية اما متماسة بالكاد ، أو منفصلة بالكاد .

إن وضع الأوتار الصوتية بهذا الشكل يمكن أن يظهر صوتاً أقوى وأوضح بأقل كمية من اجهاد الأوتار الصوتية. كما يتطلب هذا الوضع أقل كمية من ضبط الرئة لتهتز الأوتار الصوتية، لذا فإن رنين الصوت سيكون واضحا وقوياً نسبياً .

تشير الدراسات الأولية إلى أن علاج رنين الصوت يجعل الاهتزازات تتسم بالكفاءة، وتوازن بين الأجهزة الفرعية الثلاث لإنتاج الصوت .

ويعد علاج رنين الصوت وتمارين الأداء مكملا بدرجة كبيرة في البرنامج العلاجي لأنواع مختلفة من اضطرابات الصوت (كإضطرابات الأداء المفرط والخافت Hyperfunctional and Hypofunctional Disorders) .

د- **طريقة التنفس الايقاعي (Accent Method)** : تركز هذه الطريقة على اسـلوب تحسـين التـنفس لتزيـد من وضوح الصوت من خلال التدريب على التنفس من البطين والحجاب الحاجز ، وإبـراز حـروف العلـة لتربط بين التنفس والتصويت والذي يسبب

أنماط مناسبة لغلق الأوتار الصوتية. إذ يتعلم المسترشد (Client) * بشكل خاص استخدام الحركات الإيقاعية في كل من التلفظ وحركات الجسم المرتبط بها. تساعد هذه الطريقة كما يرى المعالجون على استرخاء العضلات الصوتية، كما تساعد على تزامن الإيقاع المنتج مع جزء آخر من الجسم .

إن هذه الطريقة تساعد على المواءمة بين الوقت والإيقاع . يجري التدريب بدرجات مختلفة إذ يسأل المعالج المسترشد الأسئلة بإيقاع معين، ويطلب منه الجواب بنفس الإيقاع. يبدأ التدريب بداية بالكلمات فالمقاطع ثم الجمل مستعينا بالحث بأي وسيلة كانت مثل حركات الجسم . ويحدث التلاشي عندما يتقن المسترشد انتاج الصوت بشكل سليم .

وقد أشار كلاوس (Klaus ,٢٠٠٩) إلى أن هذه الطريقة تساعد على التنسيق والأداء الصوتي والتلفظ وحركة الجسم واللغة. إن المبدأ الأساسي لطريقة العلاج الصوتي هو تطوير وتقوية الأداء الطبيعي، وجعل المسترشد يؤدي أداءً آمناً .

وقد قسمت هذه الطريقة كما أشار كلاوس إلى ثلاثة أقسام :-

- التنفس
- تمارين الصوت
- الكلام

إذ تركز هذه الطريقة على التنفس البطيني خلال تمارين تدرجية لتكوين أداء تنفسي طبيعي . وعندما نتأكد من تعلم المسترشد لنمط التنفس الطبيعي، يربط التصويت والتنفس خلال تمارين الصوت . نتعلم التصويت الناعم أولا ،الطبقة الواطئة وبصوت لاهث على حروف احتكاكية أو علة مغلقة .

إن هذه التمارين، وبسبب التيار الهوائي الجيد، ستؤدي إلى تقارب الأوتار الصوتية بلطف مسببة اهتزاز الغشاء المخاطي، مما يؤدي إلى تحسين مطاطية ومرونة الأوتار الصوتية والعضلات التحتية .

---

* Client : المسترشد (طفل أو مراهق أو راشد).

تقسم تمارين الصوت إلى ثلاث سرعات (السرعة البطيئة جدا (Largo) والسرعة البطيئة(Andante) والسرعة السريعة (Allergro) ، وكل سرعة تهيئ لمظاهر مختلفة من الكلام الطبيعي من خلال الزيادة التدريجية في الكلام وصعوبته .

تؤدى هذه التمارين خلال السرعات الثلاث بحركات ايقاعية مع نبض ثابت متدرجة من الكلمات إلى المقاطع فالجمل ثم النصوص .

يتعلم المسترشد في السرعة الأولى عبارات بمقطع واحد بشكل سلس وواضح، وفي السرعة الثانية مقطعين سلسين، وفي السرعة الثالثة لمقطعين سلسين متتابعين .

ثالثا: طرق علاج أعراض الصوت (Symtomatic Voice Therapy)

تركز هذه الطرق على علاج الأعراض غير الصحيحة في المواطن التي تتعلق بطبقة الصوت، ارتفاع الصوت، نوعية الصوت والتي تعتمد على الأساليب التسهيلية (Facilitating Techniques) لتغيير الصوت نحو الأحسن، وهي كثيرة تبدأ من التثاؤب والتنهد، المضغ الذي يهدف إلى استرخاء أعضاء الصوت وغيرها. ومن الأساليب التي استخدمت في علاج الأعراض :-

- الكلام المرنم (المرسل) (Chank Talk)
- طريقة المضغ (Chewing approach)
- طريقة التنهد التثاؤب (Yawn sigh approach)
- التغذية الراجعة السمعية (Auditory feedback)
- تغيير ارتفاع الصوت (Change of loudness)
- توضيح المشكلة (Explaination of the problem)
- تقليل الضربات الشديدة على لسان المزمار (Elimination of hard glottal attack)
- موقع الرأس (Head position)
- التصويت أثناء الشهيق (Inhalation phonation)

- المعالجة اليدوية (الإصبعية) (Digital manipulation)
- تنويع طبقة الصوت (Pitch inflections)
- اعادة توجيه التصويت (Redirect phonation)
- الاسترخاء (Relaxation)
- تغيير موقع اللسان (Altering tonque position)
- تقليل سوء الاستخدام (Elimination of abuses)
- تكوين طبقة صوت جديدة (Establishing new pitch)
- التدريب على التنفس (Respiration training)
- نماذج الصوت المستهدف (Target voice models)
- بروز (تقديم) اللسان (Tonque protrusion)
- تدريب الأذن (Ear training)
- طريقة الفم المفتوح (Open mouth approach)

- (Boone,١٩٨٣) (Boone, Mc Farlance, and Von Berg, ٢٠٠٥)
- (Thomas & Stemple,٢٠٠٧) (Stemple,Glaze,& ,Gereman ,٢٠٠٠)

وفيما يلي توضيح أهم الطرق التي استخدمت في علاج الصوت :-

- **الكلام المرنم (المرتل)** (**Chank Talk**) : يمكن استخدام طريقة الكلام المرتل بتغيير اضطرابات ارتفاع ونوعية وطبقة الصوت وخصوصاً تلك المرتبطة بالأداء المفرط للصوت، يتم ذلك من خلال انشاد موسيقى لعدة مقاطع بنغمة واحدة وبشكل متواصل.

أما إجراءات هذه الطريقة فتتمثل بما يلي:

١- توضيح الطريقة للمسترشد بأنها تهدف إلى تقليل الجهود المبذولة عند الكلام بشكل مؤقت وليس بشكل دائمي. ويجري توضيح الكلام المرنم (المرتل) عن طريق سماع المسترشد لأناشيد دينية عن طريق مسجل.

٢- حث المسترشد على تقليد النموذج الصوتي المرنم، ويمكن لكثير من المسترشـدين فعـل ذلك مع بعض النجاح. أما الذين لا يستطيعون تقليد النموذج الصوتي المرنم، فيمكن استخدام الاعادة عـن طريـق المسـجل والطلـب مـنهم اعـادة ذلـك. وفي حالـة عـدم استطاعه بعض المسترشدين فعل ذلك رغم الاعادة، فيكون للمعالج في هذه الحـالات الحرية في تبسيط الأمر بـالطرق الممكنـة كإبقـاء المسـجل مفتوحـاً، وتكـرر الأناشـيد ليستمع إليه المسترشـدون، أو قـد يتطلـب الأمـر تـدريباً عـلى التـنفس. ولا يمكـن ان ننتقل إلى الخطوة الثالثة الا بعد تحقيق هذه النقطة.

٣- يجب أن يقرأ المسترشد في هذه المرحلة بصـوت عـالٍ ، مـرة بصـوته العـادي وأخـرى بالصوت المرنم على ان تكون الفترة الزمنية بين الصوتين عشرين ثانية. تكرر القراءات مرات عديدة.

٤- تسجل القراءة الجهرية للمسترشد على شريط، وعند إعادة الشريط يقارن المسترشد بين الصوت العادي والصوت المرنم.

٥- عندما يتمكن المسترشد من انتاج الكلام المرنم بسهولة نسبياً، يطلب من المسترشد التقليل من نوعية الترنيم إلى ان يصل بشكل تدريجي إلى انتاج الصوت العادي مع الابقاء على اطالة الأصوات وبعض الترنيم.

(Boone, McFarlance, and Von Berg, ٢٠٠٥)

- **طريقة المضغ** (**Chewing Method**): لقد استخدمت هذه الطريقة كمكمل لإنتاج الصوت، وخصوصـاً مـع الأفـراد الـذين يتكلمـون بأسـنان مطبقـة والحركـة المحـدودة بـين الفكـين والشفتين وكذلك الذين لديهم شد اثناء التصويت. ان حركات المضغ خـلال انتـاج الصـوت سيرجع المسترشد إلى النمط الأساسي والطبيعي، وتبعد المسترشد عن الأنماط غير الصـحيحة لإنتاج الصوت .

تعد هذه الطريقة من أكثرالطرق فاعلية في علاج اضطرابات الصوت والتأتأة . تتلخص هذه الطريقة بأن يطلب من المسترشد عمل حركات تشبه حركات الأكل تكون شاملة للشفاه واللسان بعد فتح الفم . ثم يقوم بعمل نفس الحركات بإصدار أصوات كلامية متنوعة .

ولابد من الإشارة بأن المسترشد قد لا يستطيع تحقيق هذه الطريقة من أول مرة ، ويحتاج إلى ادراكها ، وبعد ادراكها يطلب منه عمل المضغ الهراء (بدون معنى)(Nonsense) من (٢٠-٣٠) مرة في اليوم لبضعة ثوانٍ (Hahn,١٩٥٦). بعد عدة جلسات ، يجري تحويل المسترشد من المضغ المبالغ فيه إلى المضغ المعتدل ، ودائما بصوت وشفاه مفتوحة . يعلم المسترشد أن يتصور بأنه يمضغ الطعام . بعد أن يتقن تمرين المضغ تضاف أصوات العلة إلى التمرين، وعند حدوث التقدم الكافي في التصويت المريح ، تضاف كلمات قصيرة وعبارات، وهكذا إلى أن ننتقل إلى العبارات الطويلة، والفقرات والقراءات، وكلام المحادثة (Stemple ,Glaze,& ,Gereman, ٢٠٠٠) .

- **طريقة التنهد - التثاؤب (Yawn Sigh)** : تتلخص هذه الطريقة بأن التثاؤب يعمل على فتح واسترخاء التجويف البلعومي، وبالتالي يساعد على الاسترخاء مما يرجع بمردود ايجابي على اخراج الصوت. أما بوني (Boone ,١٩٨٣) فقد وضح هذه الطريقة من خلال النقاط الآتية :-

١- استخدم مع الأطفال الصور والقصص للتوضيح .

٢- وضح للمراهقين والراشدين أن التثاؤب يمثل شهيقاً طويلاً، وأقصى توسيع لمجرى الهواء للمزمار الأعلى ، ثم أظهر التثاؤب .

٣- بعد أن تثاءب المسترشد، يطلب منه أن يزفر بلطف مع تصويت خفيف.

٤- حالما تحقق التصويت الخفيف، علم المسترشـد أن يقـول كلـمات تبـدأ بحـرف (آ) أو بحروف علة مع فم مفتوح. في البداية تكون كلمة واحدة لكـل تثـاؤب ، وبعـد ذلـك تصبح أربع إلى خمس كلمات لكل زفير .

٥- أظهر في مرحلة التنهد، زفيرا مطولا سهلا وبفم مفتوح بعد التثاؤب. وبعدها أحذف التثاؤب بشكل كامل مظهرا شهيقا سريعا اعتياديا بفم مفتوح متبوعا بتنهد مطول بفم مفتوح .

٦- بعد أن يصبح المسترشد قادرا على القيام بالتنهد بشكل مريح ، أطلب منه قول كلمة (هه)، يتبع ذلك سلسلة من الكلمات تبدأ بصوت (هـ) المزماري . ثم كلمات أخرى للتدريب بعد التنهدة تبدأ بأصوات علة .

٧- وأخيرا بعد ان طور المسترشد التنهد التثاؤب عليه أن يفكر بالشعور الشفهي المريح الذي زود به من خلال هذه الطريقة .

- **طريقة التغذية الراجعة السمعية (Auditory Feed back)** وهي احدى الطـرق التـي يمكـن أن تحسن صوت المسترشد سواءً تعلق بطبقة الصوت أو علوه أو نوعيته وذلك من خلال أجهـزة التضخيم الفوري للصوت والاستماع إلى انفسهم وهم يتكلمون عن طريق سماعات الأذن.

أما إجراءات هذه الطريقة فتأخذ ثلاثة مظاهر هي:

١- التضخيم لصوت وكلام المسترشد يمكنه من سماع صوته بشكل أوضح مما يكون من غير استخدام التضخم الصوتي. يتطلب من المعالج استخدام مضخم الصوت وميكرفون وسماعات اذن مع المسترشد. ويستخدم المعالج مسجل عادي أو أداة تضخيم لتزويد المسترشد بتغذية سمعية راجعة عندما يتكلم:

أ- يطلب من المسترشد ان يستمع بأصغاء إلى ما يريد ان يقوله، وعادة ما يستخدم طرق تسهيلية مثل الكلام المرنم أو التركيز خلال كلامه، وبعدها يستمع المسترشد إلى صوته وكلامه.

ب- يطلب من المسترشد تقييم مدى ملاءمة وقبول أدائه، إذ قد يحتاج الأداء إلى تعديل، ويتطلب الاصغاء ثانية إلى المضخم الصوتي.

٢- أن جهاز ضبط الايقاع يمكن أن يزود تغذية سمعية جيدة لأولئك المسترشدين الذين يحتاجون إلى تنقيص أو زيادة سرعة الكلام.

أ- تضبط عدد الكبسات في الدقيقة الواحدة على جهاز ضبط الايقاع والذي يعد واحداً من الجهاز الميسر (المسهل) (Facilitator) المتكون من خمسة خيارات للتغذية الراجعة (التضخيم الصوتي، الاعادة الآلية للمادة المسجلة، والتغذية الراجعة المتأخرة والحجب (Masking) وضبط الايقاع). أن معدل الكبسات على هذا الجهاز يتراوح ما بين ٥٠-١٥٠ كبسة في الدقيقة.

ب- تكون للمسترشد أفضل فرصة للتدريب من خلال مطابقة صوته بصوت الجهاز عن طريق تطويل أو تقصير مدة الأصوات المتحركة خلال التدريب. ان طريق تغيير الأصوات المتحركة هي الطريقة الفضلى لتغيير معدل السرعة وأفضل من تغيير مدة الوقفات بين الكلمات والعبارات.

٣- ويمكن للمسترشد من خلال الاعادة الآلية للمادة المسجلة من الاستماع مباشرة لما قاله. أما الإجراءات التي تتم من الاعادة الآلية للمادة المسجلة فهي:

أ- يضع المسترشد سماعة وميكرفون، ويقوم بتسجيل نموذج تدريبي بعد أن يهيئ زر الجهاز للاسترجاع جاهزاً ويتركه.

ب- ويقوم بايقاف الجهاز لايقاف التسجيل، ثم يبدأ مرة ثانية لاعادة التسجيل وتكرر هذه العملية.

ج- يطلب من المسترشد تقييم ما استمع اليه ويمكن للمعالج ان يقدم تغذيـة راجعـة مـن خلاله وضعه لسماعة أخرى وميكرفـون بمـا يتناسـب وأداء المسترشـد (Booni, McFarlane and Von Bergs, ٢٠٠٥) .

- **طريقة تغيـير ارتفـاع (علـو) الصـوت** (**Change of loudness**) : تهـدف هـذه الطريقـة إلى معالجة إرتفاع وانخفاض الصوت أي معالجة الصوت غير الطبيعي . تتكون هذه الطريقـة من مرحلتين الأولى مرحلة الوعي وذلك من خلال انتباه المسترشد على الانحراف الصوتي . أما المرحلة الثانية فتتطلب تحديد الصوت المرغوب فيه والتدريب عليه ومن ثم تعميمه . وقد أشار بوني(Boone,١٩٨٣) إلى اجراءات كيفية تنقيص ارتفاع الصوت وزيادته

اجراءات تنقيص ارتفاع الصوت يتطلب ما يلي :-

١- التقييم السمعي .
٢- لأعمار ثلاث إلى عشر سنوات يطلب مـن الطفـل أن يطـور خمـس أصـوات مختلفـة (الهمس ، الصوت الهادئ ، الصوت العـادي عنـد الـتكلم مـع الأسرة ، الصـوت الـذي يحصل من خلاله عـلى الانتبـاه عـبر الغرفـة، صـوت الصـياح لمنـاداة شـخص آخـر في الخارج) .
٣- أما الطفل الذي يزيد عمره عـن عشرـ سـنوات ، فيجـري مناقشـة صـوته العـالي غـير المرغوب فيه، ويمكن استخدام شرائط مسجلة سمعية للمعالج تمثل الصوت المقبـول، والذي يختلف عن صوت الطفل .
٤- التركيز على جعل الطفل واعيا لمشكلة صوته، كما يفترض أن يبرهن المعالج للطفـل كيف ينظر الآخرون إلى صوته غير المقبول . وعادة

ما تكون التفسيرات السلبية فاعلة لدفع الطفل تعلم التكلم بمستوى طبيعي مقبول .

٥- التدريب على استخدام الصوت الهادئ ، ويفترض أن يزود الطفل بتدريبات كثيرة لتحقيق ارتفاع الصوت المقبول. ويمكن أن يستخدم جهاز يؤشر ارتفاع الصوت ليساعد الطفل على تخفيض صوته .

اجراءات زيادة ارتفاع الصوت تتطلب :-

١- تحديد ما إذا كان الصوت الناعم (انخفاض الصوت) هو نتيجة لضعف السمع ، أوضعف جسدي عام ، أو مشاكل شخصية شديدة. وعندما لا يكون انخفاض الصوت بسبب ذلك، نستخدم هذه الطريقة لزيادة ارتفاع الصوت .

٢- ناقش مع الطفل الصوت الناعم، ركز على جعل الطفل واعياً بمشكلته الصوتية، وبرهن له كيف ينظر الآخرون إلى صوته الناعم.

٣- حاول أن تحقق مستوى من طبقة الصوت التي يكون الطفل قادرا على تحقيقها. استخدم الطبقة الصوتية الواضحة لتساعد الطفل ليربط التغيرات في طبقته ، وكذلك المرتبطة بشدة صوته. دعم التدريب على (آ آ) على المستوى السابق لمدة خمس ثوانٍ . ركز على نوعية الصوت الجيد ، ثم خذ نفسا عميقا، وأعد الطبقة نفسها لأعلى مستوى من ارتفاع الصوت . بعد بعض التدريبات أسال الطفل أن يغني (آ) ، ويزيد من درجة واحدة من السلم الموسيقي . انتاج صوت واحد لكل تنفس، وبعدها أطلب منه أن يخفض من السلم الموسيقي، نغمة واحدة لكل تنفس حتى الوصول إلى بداية الطبقة .

٤- اكتشف أفضل طبقة يخرجها الطفل، وأفضل ارتفاع وشدة مستخدما التغذية الراجعة السمعية من خلال أجهزة مصممة للإعادة الآلية .

٥- التدريب على التنفس ربما يكون ضرورياً .

٦- طريقة الدفع ربما تكون ضرورية وخصوصا مع الأفراد غير القادرين على رفع أصواتهم من خلال تعريضهم إلى ضوضاء .

٧- الطفل الذي يظهر مقاومة لزيادة ارتفاع الصوت، ربما تكون هناك ضرورة لتقديم ضوضاء عالية .

- **طريقة التصويت اثناء الشهيق (Inhalation phonation)** : استخدمت هذه الطريقة في اختفاء الصوت الوظيفية (Functional Aphonia) . يطلب من المسترشد احداث نغمة ناعمة اثناء عملية الشهيق . وفي حالة اتقان ذلك يطلب منه عمل نغمة مماثلة اثناء عملية الزفير . ثم يعمم صوت الزفير في سياقات كلامية أخرى (Lombard,٢٠٠٦).

يطلب من المسترشد التصويت خلال عملية الشهيق مع رفع الكتفين، ويخفض الكتفين عند الزفير . ثم يطلب المعالج من المسترشد القيام بالدندنة خلال عمليتي الشهيق والزفير على أن يكون هناك تزامن بين الشهيق ورفع الكتفين والزفير وخفض الكتفين. تكرر العملية عدة مرات ، ويطلب منه رفع طبقة الصوت اثناء عملية الدندنة .

ثم يطلب المعالج من المسترشد أن يرفع طبقة الصوت خلال عملية الزفير مع خفض الكتفين .

وبعدها يقوم المعالج بإطالة الزفير بشكل مستمر مع المسترشد وباستخدام أكثر من طبقة صوتية. وعندما يتمكن المسترشد من التصويت خلال عمليتي الشهيق والزفير بسهولة ، يطلب منه التوقف عن تحريك الكتفين إلى الأعلى والأسفل. يستمر التدريب مستخدما الكلمة الواحدة إلى أن يتمكن المسترشد من اصدار صوت طبيعي .

- **طريقة المعالجة (اليدوية)الإصبعية** (**Digital Manuplation**) : تهدف هذه الطريقة إلى تخفيض طبقة الصوت. إن الضغط الإصبعي على الغضروف الدرقي يجعله يميل إلى الخلف، ونتيجة لذلك تقصر الأوتار الصوتية الحقيقية مما يخفض من طبقة الصوت .

ويوضح بوني (Boone,١٩٨٣) هذه الطريقة بما يلي :-

١- اطلب من المسترشد أن يصوت ويمدد التصويت عن طريق الاستمرارية بمقطع (OT) . اضغط بإصبعك بشكل خفيف على الغضروف .

٢- اطلب من المسترشد الإبقاء على الطبقة الصوتية الأوطأ حتى عندما تكون الأصابع مبعدة عن الغضروف .

٣- استمر في إجراءك حتى يكون المسترشد قادرا على الإحتفاظ بالطبقة الصوتية الأوطأ .

٤- علم المسترشد كيف يضع أصابعه على الحنجرة الخارجية ، ويحس حركات الحنجرة الصاعدة والنازلة . وأطلب من المسترشد أن يصوت بالمستوى الأمثل والذي سبق أن حققه .

- **طريقة الاسترخاء** (**Relaxation**) : قد تكون الاضطرابات الصوتية نتيجة للإستخدام المفرط للصوت. وتعد هذه الطريقة فاعلة في تقليل الأفراط في الأداء الصوتي بشكل مباشر من خلال استرخاء أبنية الجسم ، أو اعضاء الجسم العليا كالرأس والرقبة. أو قد تكون عملية الإسترخاء بشكل غير مباشر من خلال أساليب التنهد والتثاؤب ، والمضغ ، والكلام المرنم .

إن الإسترخاء يساعد على تكوين نموذج حركي من الجهاز العضلي المسترخي الذي يعد أساساً يقارن من خلاله المسترشد حالات التوتر والشد، ابتداءً من الأطراف ثم الانتقال إلى الصدر والعنق والحنجرة وصولاً إلى الفم

وأجزاء الوجه المختلفة. ومن هنا يتعلم المسترشـد أهميـة الإسـترخاء ليـتخلص مـن الشـد الجسدي الذي يؤدي بالتالي إلى تحسين التنفس والصوت .

ويمكن لعملية الإسترخاء أن تؤسس لخلق حالة من الاستعداد والدافعية للتعلم .

- **تغيير موقع اللسان (Altering tonque position)** يوضح بوني (Boone,١٩٨٣) هذه الطريقة بمايلي :-

١- وضح واعرض وضع اللسان البلعومي وتأثيراته على الصوت (دقق التموضع) .

٢- ابدأ بالتدريب بإصدار المهموس من الأصوات الساكنة مثل (ت، د، س، ز)، أهمس سلسلة سريعة من (دا تا) ، عشر أصوات لكل تنفس لعدة دقائق. حلل مع المسترشد ماذا حدث توا مثل ماذا تحس في مقدمة الفم. وأصوات ساكنة أخرى تؤدي إلى التدريب الأمامي (ب ف)، ويمكن أن تكون أصوات العلة مساعدة على تحقيق ما نرمي إليه .

٣- بعد تحقيق بعض النجاح ، أضف صوتا بسيطا، استخدم القراءة الشفوية المحملة بأصوات مهموسة وأصوات علة برأس اللسان. قارن بالممارسة بين الرنين الأمامي الجديد والرنين الخلفي القديم.حلل اختلاف الشعور مع المسترشد .

- **تقليل سوء الاستخدام (الانتهاكات) (Elimination of abuses)** : هناك كثير من السـلوكات التي لها تأثير سلبي على الحنجرة وإخراج الصوت سنذكرها في النصائح ، ومنها على سـبيل المثال الصياح والصراخ المسـتمر، التحـدث في مكـان يتخللـه الضـجيج، التـدخين المفـرط ، الإفراط في الكلام أو الغناء أو الهتافات أو البكاء وغيرها. يوضح بـوني (Boone,١٩٨٣) هـذه الطريقة من خلال ما يلي :-

١- يحدد المعالج من خلال عملية التقييم الفعل الصوتي المسئ. ثم حدد معدل حدوثها عن طريق خط الأساس (Baseline) .

٢- على الأفراد الذين يتصفون بالإساءات الصوتية أن يعوا تأثيرها في الصوت من خلال قصة أو كارتات صور بحيث يكون المسترشد واعياً ذهنياً الإساءات أو سوء الإستخدام .

٣- ناقش مع المسترشد الإساءات الصوتية مع التأكيد على الحاجة لتنقيص تكرارية تلك الإساءات. حدد مهمة لحساب عدد المرات لكل يوم يجدون أنفسهم منشغلين بإساءة معينة .

٤- إسأل المسترشد أن يرسم رسما بيانيا للإساءة الصوتية، ويجلبها في كل جلسة من جلسات العلاج . والهدف منها هو جعل المسترشد واعيا من الإساءات الصوتية ، ويفترض في هذا الحال تقليلها وإنحسارها .

- **تكوين طبقة صوت جديدة (Establishing new pitch)**

١- تتطلب هذه الطريقة عمل شريط مسجل ما دام المسترشد يبحث عن طبقة الصوت النموذجية والمألوفة .

٢- مساعدة المسترشد على تقليد النموذج الصوتي المطلوب والمقبول، صوت وعليه أن يمدد صوت (آ) لطبقة الصوت المرغوبة حوالي خمس ثوانٍ

٣- استخدم طبقة الصوت الملاحظة (Visi pitch) لجمع معلومات خط الأساس والتغذية الراجعة .

٤- استخدم اجهزة خاصة لمراقبة التدريب (Tonar١١, Tunemaster ١١١) لتكوين طبقة صوتية جديدة .

٥- حالما تتكون الطبقة الصوتية الجديدة ، اطلب من المسترشد التدريب على كلمة واحدة ، ويفضل الكلمات التي تبدأ بأصوات علة، وأطلب منه اعادة كل كلمة بطبقة صوتية وعلى رتابة واحدة .

٦- حالما يعمل المسترشد بشكل جيد على المفردات تنتقل إلى العبارات والجمل القصيرة . وعندما يتحقق النجاح على مستوى الجمل . عندها عين للمسترشد نصاً للقراءة (Reading passage).

٧- بعد القراءة الجيدة وعلى رتابة واحدة ، يمكن للمسترشد أن يحاول استخدام طبقة الصوت الجديدة في المحادثة خلال حياته الواقعية .

٨- سجل طبقة الصوت الجديدة واستخدمها كنموذج علاجي (Boone,١٩٨٣) .

- **تدريب الأذن (Ear Training):**

تتلخص هذه الطريقة بالنقاط الآتية :-

١- كون خط أساس من خلال معلومات عن قدرة المسترشد في تمييز طبقات الصوت. وللحصول على خط الأساس يمكن استخدام أدوات أو أصوات، ويسأل المسترشد ما إذا كانت النغمات متشابهة أو مختلفة . إذا لم يكن المسترشد قادرا على التمييز بين النغمة الواحدة الكاملة هل هي واطئة أو حادة ، فهذا مؤشرعلى تمييز المسترشد لطبقة الصوت غير العادية. ولكن ليس بالضرورة أنه يحتاج إلى تدخل علاجي. أما إذا كان المسترشد غير قادر على تمييز بين أكثر من ثلاث نغمات. وتكون بعض التدريبات على التمييز ضرورية إذا كان لا يستطيع يماثل الصوت النموذجي المستهدف .

٢- يجب أن يبدأ التدريب على تمييز طبقة الصوت من خط أساس المسترشد . يقدم المعالج مثيرات متنوعة لطبقة الصوت، ويستمر في التدريب إلى أن يكون المسترشد قادرا على تمييز كل نغمة موسيقية واحدة على حدة .

٣- كما يبدأ علاج الذاكرة النغمية من خط أساس المسترشد، هذا إذا كان المسترشد قادرا على تذكر نغمتين بشكل متتابع. يبدأ المعالج بتقديم نغمتين بنبرتين متتابعتين ، ويسأل المسترشد ليحدد أي نغمة تختلف عن النغمتين السابقتين .

عندما يستطيع المسترشد سماع اربع نغمات لحنية، فيمكن أن تكون الذاكرة النغمية جيدة بشكل كافٍ لإستدعاء النماذج الصوتية التي قدمت .

٤- عندما يكون المسترشد قادراً على اظهار قدرة ثابتة لسماع صوته بشكل جيد . يمكن التوقف عن تدريب الأذن (Boone ,١٩٨٣).

- **طريقة الفم المفتوح (Open mouth approach):**

تركز هذه الطريقة على تشجيع المسترشدين على فتح الفم أثناء الكلام، وعند الاستماع بفتح الفم قليلاً. إنّ ذلك يساعد على تقليل الشد المفرط عند التصويت إذ ان الفم المفتوح يؤدي إلى تقارب الأوتار الصوتية مما ينعكس بشكل ايجابي على تخفيض الصوت وطبقته ونوعيته.

أما الإجراءات التي تتبع في هذه الطريقة فهي :

١- أسأل المسترشد أن يشاهد نفسه في المرآة أو من خلال شريط فيديو هل ان فمه مفتوح أثناء الكلام أو غير مفتوح. موضحاً له السلوكات الصوتية التي تحدث عند غلق الفم.

٢- يمكن استثارة الأطفال وتشجيعهم على فتح الفم عند الكلام وأثره الجيد في التصويت من خلال قصص قصيرة لطفلين أحدهما يتكلم وفمه مفتوح، والآخر يتكلم وفمه مغلق. ويمكن استخدام دمية تظهر الفرق بين التحدث بفم مفتوح والتحدث بفم مغلق. ويمكن استخدام هذه الطريقة مع الكبار كذلك بالرغم من فتح الفم أثناء الكلام قد يكون غير مريح في بداية الأمر.

٣- يطلب من المسترشد لزيادة فتحه للفم أن ينزل رأسه باتجاه صدره، ويبعد من شفتيه، ويرخي فكه لجعل التصويت مريحاً.

٤- زيادة الوعي الذاتي من خلال المراقبة الذاتية لفتح الفم عند الاستماع إلى الآخرين قبل ان يمارس ذلك عند الكلام، ويطلب منه تسجيل ذلك عندما يستمع إلى كلام الآخرين والفم مغلق من غير ضرورة لذلك.

إن ذلك من شأنه ان يجعل المسترشد واعياً ومدركاً لأهمية فتح الفم عند الاستماع وعند التكلم، ويمكن أن يضع المسترشد كلمة افتح على أي مكان يراه بشكل مستمر، ويمكن كتابتها على راحة يده.

(Booni, McFarlane and VonBergs, ٢٠٠٥)

إرشادات إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات صوتية :-

- حاول أن تتكلم أمام الفرد الذي تحدثه .
- تجنب الصراخ والكلام بصوت عال وبشكل مستمر .
- تجنب التحدث في الأماكن التي فيها ضجيج وضوضاء لأن ذلك يستدعي رفع الصوت أكثر من الطبيعي لإيصال الرسالة ، وحاول تقليل الضوضاء من البيئة التي تتعامل فيها.
- تجنب الكلام قدر الإمكان إذا كنت مصابا بالتهاب الحنجرة .
- حاول أن تخفف ما يؤذي الحنجرة والأوتار الصوتية كالنحنحة والكحة الشديدة أو التحدث أمام جمهور كبير دون استخدام مكبرات صوت لأن ذلك يسبب إرهاقا للحنجرة والأوتار الصوتية .
- لا تكثر من المشروبات التي تحتوي على الكافيين كالشاي والقهوة .
- ويفضل الإكثار من شرب الماء، وينصح بشرب ما بين (٦-٨ أقداح يوميا).
- تجنب التدخين وابتعد قدر الإمكان عن المدخنين لأن التدخين يؤدي إلى جفاف الغشاء المخاطي لمجاري التنفس بداية من الشفاه والأنف مرورا باللسان والتجويف الفمي والحنجرة فالجهاز التنفسي، وقد يؤدي الجفاف إلى ضمور الغدد المخاطية المسؤولة عن ترطيب هذا الجهاز .

- تجنب التوابل الحارة في الأكل مثل الفلفل والبهارات . إذ يمكن أن تسبب حموضة في المعدة وتنتقل إلى الحنجرة أو المرئ .
- حاول معالجة نزلات البرد والسعال والجيوب الأنفية بأسرع وقت ممكن .
- خذ النفس الكافي عند الضحك أو البكاء .
- استخدم الإيماءات والإشارات لإيصال الرسالة إلى الآخر بدلا من استخدام الصوت العالي .
- اقترب من الشخص الذي تتحدث إليه بدلا من استخدام الصوت العالي.
- ابتعد قدر الإمكان عن البيئات الملوثة والمليئة بالغبار والأتربة والدخان.
- أغسل يديك مرارا لتتجنب نزلات البرد والانفلونزا
- تدرب على أساليب التنفس الجيد عند الغناء أو التحدث.
- يفضل أن يحتوي طعامك على الحبوب الكاملة والخضار لأن هذه الأطعمة تحتوي على فيتامينات (A,E,C) وهذه تساعد على إبقاء الأغشية المخاطية إلى الحنجرة صحية .
- لا تهز الهاتف عندما تتكلم ، لأن هز الهاتف بين الرأس والكتف ولفترات مستمرة قد يسبب توترا في الرقبة .
- خذ الراحة اللازمة ولا تفرط في اجهاد نفسك لأن في ذلك تأثيرا في صوتك .
- ضع في الحسبان بأن المختص اللغوي الكلامي هو الشخص المؤهل لمعالجة مشكلات الصوت ، وهو الخبير المجرب الذي يزودك بالاستخدام الصحي والتربوي للصوت، كما هو الشخص المناسب لإعطاءك التعليمات المناسبة .
- حاول أن تقلل من العادات غير الصحيحة والتي قد تكون مؤذية مثل التكلم بسرعة، حبس النفس ، عدم أخذ نفس قبل التحدث .
- حاول أن تجذب انتباه الآخرين بطرق غير صوتية .

- استخدم طرق غير صوتية بدلا من الصراخ عندما تريد تهدئة المكان الذي أنت فيه كالتصفيق باليدين .
- حاول أن تغير من نبرتك الصوتية ولا تبقى على وتيرة واحدة .
- حاول أن تتثاءب ما استطعت لكي تسترخي عضلات البلعوم .
- افتح فمك واخفض من فكك لأن ذلك يساعد على اخراج الصوت وخصوصا في اضطراب الرنين .
- اختر الوقت المناسب للكلام عندما يكون الصف هادئا ، لأن الضوضاء يتطلب صوتا عاليا لكي يصل إلى الآخرين .
- ردد صوت الميم بشكل متصل حتى تشعر برنين في البلعوم والجيوب الأنفية .
- تجنب السلوكات المؤذية بسلوكات بديلة فعندما يؤذيك الصوت العالي يمكنك استخدام مكبرات صوت .
- تجنب خفض الرأس عند التحدث مع الآخرين، واجعله عاليا لأن ذلك يساعد على إيصال الرسالة .
- تجنب السرعة في الحديث وحاول التحدث بطء .
- حاول التوقف عن الكلام في حالة جفاف الفم أو شد العضلات أو البحة .

د- عدم طلاقة الكلام (التأتأة أو اللجلجة)

قبل البدء بالحديث عن عدم القدرة على طلاقة الكلام، لابد أن نشير إلى طلاقة الكلام أولا وهي قدرة الفرد على الاسترسال في الكلام بشكل متواصل دون توقف إلا عندما يكون هناك ضرورة للتوقف كإلتقاط الأنفاس، أو الراحة أو لبلورة الأفكار في ذهنه ، ويكون ذلك وفق إرادته الذاتية .

أما مظاهر عدم طلاقة الكلام أو التأتأة فهي تكون إما تكرار المقاطع اللفظية أو الكلمات أو الجمل، حبسه بشكل متقطع، أو تكرار تشنجي، أو مط للأصوات.

وقد استخدمت عدة مصطلحات والتي تشير في مجموعها إلى اضطراب الطلاقة كالتأتأة واللجلجة والتمتمة واللعثمة والفأفأة والحبسة والرته .

ويركز المختصون في هذا الجانب على ثلاث نقاط هي:

١- تكرار وإطالة الأصوات والمقاطع .

٢- إعاقة لا إرادية في طلاقة الكلام .

٣- معاناة الفرد للتخلص من المشكلة .

وهناك فارق بين الفرد العادي والمتأتئ إذ تتراوح الكلمات التي يستطيع أن يذكرها الفرد العادي ما بين ٢٥-٣٠ كلمة في الدقيقة، أما بالنسبة للمتأتئ فهي أقل من العادي فقد يكون بعضهم لا يستطيع تجاوز ٥ أو ١٠ كلمات في الدقيقة، وقد يصل آخرون إلى ١٥ كلمة في الدقيقة حسب درجة الاضطراب.

ويمكن التفريق بين التأتأة الطبيعية وغير الطبيعية من خلال التكرارية ومدتها، ونوع التأتآت، فلو أخذنا عينة كلامية ولتكن متكونة من مئة كلمة، وتأتأ الفرد أكثر من (١٠%) فهذا يؤشر على أن التأتأة غير طبيعية فضلا عن المظاهر الأخرى التي تصاحب الفرد المتأتئ . وقد يصل الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة إلى النسبة السابقة، لكنها قد تكون طبيعية .

كما أن المدة التي يقضيها الفرد الذي لدية تأتأة غير طبيعية تمتد من نصف ثانية إلى ثلاثين ثانية يرافقها توتر شديد وقلق .

وفي التدخل العلاجي ولمعرفة الفارق الحاصل ما بين مرحلة التدخل بمرحلة ما قبل التدخل أو خط الأساس .

يمكن أن نستخرج النسبة المئوية لحالة التأتأة من خلال قطعة أو قصيدة أو ما شاكل ذلك لنحدد نسبة التأتأة

$$\frac{\text{عدد الكلمات المتأتأة}}{\text{العدد الكلي للكلمات المنطوقة}} \times ١٠٠$$

فلو كان عدد الكلمات في القطعة ٤٠ كلمة مثلاً وتأتأ في ١٨ كلمة فتكون النسبة كالآتي:

$$\frac{١٨}{٤٠} \times ١٠٠ = ٤٥\%$$

وقبل البدء بالأسلوب العلاجي لابد من التحديد الدقيق لحالة التأتأة هل هـي مظهـر بذاتـه أو أكثر من مظهر؟ ونبدأ بعلاج ذلك المظهر لنفرض أن الطفل يكرر المقاطع أو الكلمات فيجري تدريبيه عـلى الابتعاد عن ذلك التكرار عن طريق مثلا اللعب وأسلوب المحادثة.

كما يجري تدريب الطفل على التنفس الصحيح من خلال اخذ الهواء عن طريق الأنف وإخراجه عن طريق الفم لتقوية التنفس وإطالة النفس، من خلال نطق الأصوات الخفيفة وهي حروف العلة (أ ، و ، ي) ويمكن أن نستخدم الساعة بحيث تكون الفترة الزمنية للطفل دون السابعة من(١٥-٢٠) ثانية، أما الكبير من(٢٥-٣٥) ثانية.

فطريقة التدخل للأطفال الصغار تكون عن طريق اللعب والمحادثة، أما الكبير فإضافة إلى التدريب على التنفس الصحيح، يمكن استخدام أسلوب الاسترخاء للتقليل من التوتر والقلق والذي يؤدي إلى حالة التأتأة. ويمكن أن يجلس أمام المرآة ويتعرف على الخلل الذي يحدث في الإرسال ، ويعيدها بشكل صحيح من خلال توجيه وإرشاد المعالج مستخدماً التعزيز والتغذية الراجعة.

يجب مراعاة البدء من السهل إلى الصعب فإذا كانت التـأتأة في المقطع أو الكلمة أو الجملة فنبدأ بالمقطع وبعدها الكلمة، والتأكيد على جعله في وضع نفسي جيد، ولا يكلف أكثر من طاقته.

وقد أشار الشخص (١٩٩٧) إلى أسلوب التضليل (Shadowing) وهو أحد الأساليب الذي استخدم في علاج التأتأة، ويتلخص بقيام المعالج مع المتأتئ بقراءة فقرة أو أكثر يسهل قراءاتها على أن يكون صوت المعالج أعلى من صوت الفرد المتأتئ بحيث تطغي القراءة الصحيحة، فيسمع المتأتئ الكلام الصحيح بدلاً من كلامه المضطرب. وبعدها يبدأ المعالج بخفض صوته وإتاحة الفرصة كي يرتفع صوت الفرد المتأتئ بشكل تدريجي مما يتيح له الفرصة أن يسمع صوته بلا تأتأة، ويمكن أن تتكرر هذه العملية لمرات عديدة، وقد يتعرض الفرد المتأتئ إلى فشل في بداية الأمر، ولكن يفترض الاستمرار في هذا التدريب ، ويمكن اختيار الحديث أو الفقرات المقروءة بما يتناسب مع عمر الفرد المتأتئ . وللمعلم أو المعالج الحرية في التعديل والإضافة كأن يستخدم هذا الأسلوب مع مجموعة من الأطفال ومن بينهم الفرد المستهدف (ويختار العدد الذي يراه مناسبا)، في نشيد واحد أو أغنية أو ما يراه مناسبا ، ويمكن أن يتحكم المعلم أو المعالج بمن يكون آخر واحد هل هو الفرد المستهدف من أول مرة أو ثاني مرة ، حيث يتفق المعلم أو المعالج مع المجموعة بالطريقة التي يراها مناسبة كأن يعطي كل واحد منهم رقما معينا، وعندما يرفع يده مشيرا مثلا إلى رقم خمسة فهذا يعني أن الفرد رقم خمسة عليه أن يسكت، وبعد فترة قليلة من الوقت يرفع يده مشيرا إلى رقم ثلاثة ، وعليه أن يسكت وهكذا . أو يمكن أن يسمي الأفراد بأسماهم ، او ممكن الطلب منهم أولا أن يخفضوا من أصواتهم واحدا تلو الآخر إلى أن يبقى صوت الفرد المستهدف هو الأعلى. لذلك فإن الباب مفتوحا أما المعالج لإختيار ماهو مناسب للعلاج .

كما استخدم التنويم المغناطيسي لمعالجة التأتأة من خلال تشجيعه على الكلام بالإيحاء (Suggestion) ويمكن استخدام أساليب تعديل السلوك في علاج التأتأة كلعب الأدوار من خلال إعطاء دور يتقمصه لشخصية غير متأتئة، أو يمكن استخدام الممارسة

السلبية التي استخدمت لتنقيص أو إطفاء سلوك غير مرغوب فيه. يتخلص هذا الأسلوب بالطلب من الفرد أن يكرر ذلك السلوك السلبي بشكل سريع ومستمر، وبأقصى قدر ممكن إلى أن يصيبه الإعياء أو التعب أو الملل وبتكرار ذلك يمكن أن نقلل أو نطفئ من السلوك غير المرغوب فيه (الظاهر ،٢٠٠٣).

ومن الطرق الفاعلة التي استخدمت في علاج التأتأة الطريقة الشمولية (Holistic approach) لفان رايبر (Van Riper,١٩٧٣) التي تتضمن التشخيص والتقييم الأولي وخمس مراحل علاجية هي :-

١- مرحلة زيادة الدافعية (Motivaton increasing Phase) تهدف هذه الخطوة زيادة دافعية المسترشد وأمله في الشفاء الأمر الذي يتحرك داخليا للتجاوب مع ما يطلب منه لتحسين وضعه . يتم ذلك بإشعاره أن الباب مفتوحا للشفاء من خلال مقابلة بعض الأشخاص الذين تم شفاؤهم . أو من خلال شريط مسجل لأشخاص تماثلوا للشفاء يظهرهم ما قبل الشفاء وما بعده ، وبالتالي يمكن ذلك أن يخفف من حالات الخوف والقلق. إن هذه النقطة حيوية لجعل الفرد مستعدا للعلاج، ومتجاوبأ مع المعالج .

٢- مرحلة التعرف (Identification Phase) : تهدف هذه المرحلة إلى التعرف على المثيرات التي تثير فيه الخوف والقلق سواء كانت كلمات أو مواقف، ويكتشف ويحلل ويصنف السلوكات الظاهرة والخفية المصاحبة للتأتأة .

٣- مرحلة تقليل الحساسية التدريجي (Desensitization Phase) : ويتعرض المسترشد في هذه المرحلة إلى مثيرات بشكل تدريجي تثير القلق والخوف من أجل التقليل من آثارها وبالتالي تزيد من حالات التأتأة ، والتأتأة المستمرة يمكن أن تقلل من القلق والخوف، وتعليمه أن الخوف والقلق هي حالة طبيعية يتعرض لها الجميع، لذلك لا يجب أن يركز عليها، ويبالغ فيها بحيث تشغل باله على طول الأمر الذي ينعكس بشكل سلبي على حالته. وعليه مواجهة المثيرات التي كانت تثير الخوف والقلق فيه، وتعزيز أي تقدم في هذا الجانب . ويمكن استخدام اسلوب الاسترخاء لتحسين

استجابات المسترشد . يكون دور المعالج جعل البيئة تتسم بالأمن والسلامة، والتحكم بمواقف التواصل لمعرفة حدود معاناة التوتر، كما على المعالج تطويرعلاقة علاجية تسمح له بأن يمارس التحكم في السلوك غير الظاهر .

٤- مرحلة التعديل (Motivation Phase) : تهدف هذه المرحلة تغيير الاستجابات، وتجنب الإحجام ، ومواجهة المثيرات التي تحدث القلق والخوف من خلال التعلم بالاشراط النقيض( ) counterconditioning ، والتقليل قدر الإمكان من سلوك التأتأة . كما يتطلب من المتأتئ أن يقلل الارتباط بين أعراض التأتأة ، من خلال اضافة سلوك جديد مقبول ، أو تقليل عرض من الأعراض أو تعديل الأعراض.

٥- مرحلة التقريب (Approximation Phase): وتتضمن هذه الخطوة ثلاث نقاط هي:-

أ- الإلغاء (Cancelling) : وهو قيام الفرد المتأتئ بالتوقف عندما يتأتأ في صوت أو مقطع ، ليقلل من الأعراض المصاحبة للتأتأة ، وبعدها يعاود الكلام حتى لو بقي خوف من انتباه المستقبل، وإن وجد فيها عثرات .

ب- تجاوز التعثر (Pull outs) : يستفيد المسترشد من الحالة الأولى وذلك بعدم التوقف وإنما تطويل الصوت أو المقطع في حالة التعثر لكي يتجاوز التعثر وتصحيح الأداء الكلامي .

ج- التهيؤ (Preparatory) : عندما يتوقع الفرد المتأتئ بأنه سوف يتعثر في كلمة يقوم بتجزئة الكلمة إلى مقاطعها ، وينطقها مقطعياً على أن يحدث تناغم بين الصوت والتنفس .

٦- مرحلة التثبيت (Stabilization Phase) : وهي المرحلة الأخيرة التي تتطلب على الإبقاء لما تعلمه وتدعيمه، من تجاوز حالات التأتأة وأعراضها ، وتعميم ذلك ليكون سلوك اوتوماتيكي، وتعرض المسترشد خلال الجلسات إلى اناس آخرين للتأكد من استقرار الاستجابات دون خوف أو قلق . كما يتطلب تطويرمراقبة ذاتية للتحفيز على الكلام العادي .

ومن الاستراتيجيات المستخدمة في علاج التأتأة ضبط البيئة وذلك من خلال ضبط المتغيرات التي تساهم في حدوث التاتأة وهي :-

- ضغط التواصل .
- أساليب التعامل الوالدية والتي تتصف بالتذبذب .
- رفض الطفل أو القبول المفرط له .
- التواصل السلبي بين الأسرة والطفل .
- التنفيس عن المشاكل التي تحدث بين الزوج والزوجة على الطفل.
- المنافسة السلبية في وقت الحديث .
- الحرمان الاجتماعي والانفعالي .
- الطلب من الطفل أن يكون نموذجا ، بحيث يبتعد عن الواقعية .
- النشاط السريع .
- الإثارة المفرطة في البيت .
- اللاراحة المستمرة المتأتية من العداء بين أفراد الأسرة .

لذلك من الإرشادات التي يمكن أن نقدمها والتي تقلل أو تبعد حالات التأتأة ما يلي :-

- قلل من الأسباب التي تؤدي إلى التوتر العصبي أو إلى الضغط النفسي
- لا تظهر مشاكلك الزوجية أمام الطفل ، وابعده قدر الإمكان عن المشاحنات والخلافات التي تؤثر سلبا في النفس .
- كن ايجابي مع الطفل، وركز على الجوانب الايجابية، وابتعد عن أي حالة من حالات السخرية والاستهزاء .
- لا تحرج الطفل وخصوصاً أمام الغرباء ، ولا تطالبه أكثر من طاقته .

- لا تستخدم أي شكل من أشكال العقاب عند حدوث التأتأة حتى ولو كان بسيطا.

- أعط الطفل فرص التعبير عن الذات متى أراد ذلك وشجعه لفعل ذلك.
- لا تتحدث عن المشكلة أمام الطفل .
- لا تستعجل الطفل واتركه يتكلم براحته لأن التكلم ببطء يحسن من الطلاقة.
- لا تجبر الطفل أن يتكلم أمام الغرباء أو من لا يحب التكلم معهم.
- ابعد الطفل عن مرافقة الأطفال الذين يعانون من نفس المشكلة لكي نبعده عن المحاكاة والتقليد .

تنظيم التنفس

هناك من يرى أن الفرد المتأتئ يفقد الجزء الأكبر من الهواء إثناء عملية الزفير ويحاول بالباقي التكلم. أي أنّ هناك ارتباطاً بين التأتأة والتنفس غير المنتظم. ويهدف هذا الإجراء إلى تسهيل عملية الكلام بطلاقة حيث يؤدي التنفس إلى إبقاء الأوتار الصوتية مفتوحة .

ويتم تنظيم عملية الشهيق والزفير من خلال الآتي :-

- التوقف عن الكلام قبل أخذ هواء الشهيق .
- ترتيب الكلمات في الذهن قبل البدء بالكلام .
- أخذ هواء الشهيق ببطء وانتظام .
- البدء بالكلام عند انتهاء هواء الشهيق والتشديد على المقاطع الأولى من الكلمات وذلك بتغيير نغمة الصوت والتحدث إثناء إخراج هواء الزفير.
- التكلم بفترات قصيرة ثم التوقف ثم التكلم وذلك لإبعاد حالات التأتأة . وكذلك لأخذ الشهيق ببطء وانتظام .
- عدم الاستمرار في الكلام عند ظهور التأتأة ، والعودة إلى أي نشاط كنت تعمل فيه .

ويذكر شيمسو وآخرون(Shemso ,et al ,١٩٩٥) الخطوات الآتية للتحكم في التنفس :-

- يستنشق المتأتئ الهواء ببطئ عن طريق الأنف إلى أن تمتلأ الرئة ، ويزفرها عن طريق الفم مرة واحدة .
- يستنشق المتأتئ الهواء ببطئ عن طريق الأنف ثم يزفرها ببطء
- يستنشق المتأتئ الهواء بسرعة عن طريق الأنف ثم يزفرها ببطء عن طربق الفم .
- يستنشق المتأتئ الهواء بشكل عميق وببطء عن طريق الأنف ثم يخرجه من الفم على شكل أصوات تنتهي بالأصوات الحلقية .
- يستنشق المتأتئ بشكل عميق وببطئ عن طريق الأنف ثم يخرجه عن طريق الفم من خلال نطق بعض الكلمات التي تنتهي بصوت مد .
- يستنشـق المتـأتئ الهـواء بشـكل عميـق وببطـئ عـن طريـق الأنـف ثـم يخرجـه ببطء، ويطلب من المتأتئ العد من رقم واحد إلى خمسة خلال اخراجه للزفير.
- يستنشق المتأتئ الهواء بشكل عميق و ببطئ عن طريق الأنف ، ويخرجه عن طريق الفم على شكل همهمة .
- يستنشق المتأتئ الهواء بشكل عميق وببطئ عن طريق الأنف، ويزفره عن طريق الفم مرافقا ذلك نطق بعض أصوات الهجاء .
- يستنشق المتأتئ الهواء بشكل عميق وببطئ عن طريق الأنف، ثم يخرج الهواء من خلال ورقتين يمسكهما المتأتئ عند اصدار صوت .
- يستنشق المتأتئ الهواء ، ويكرر بعض العبارات الداعمة له اثناء عملية الزفير هي :-

لأتكلم بشكل جيد يجب أن أتنفس بشكل سليم

لكي أتنفس بشكل جيد يجب أن أكون هادئا

لكي يفهمني الآخرون دون عناء يجب أن يكون كلامي واضحاً

لكي يكون كلامي واضحا يجب أن أتكلم من دون خوف

- أن ينطق المتأتئ الكلمات والعبارات والجمل خلال التنفس الباطني .

الفرق بين التنفس لغرض الحياة والتنفس لغرض الكلام

إن عملية التنفس ليست بالسهلة لأنها ترتبط بوظائف الأعضاء الأخرى ومن ضـمنها عمليـة الأيـض ، وإنتظام حرارة الجسم ، وتوازن السوائل والحوامض . ويتطلب التنفس من أجل الكلام استرتيجيات أعضاء متعددة .

تكون عملية التنفس من أجل الحياة لا شعورية ، أوتوماتيكية وفقا لاحتياجات الجسم في لحظة ما . أما التنفس من أجل الكلام فهي ليست سهلة ، وتتطلب التحكم بالهواء بما يتناسـب واللغـة المسـتخدمة ، لكي لا يحدث التوقف في انسيابية الكلام ، وقد تحتاج إلى قدر كاف من الهواء للتلفظ السـليم ، ولإخـراج زفير كاف ليكون قادرا إلى إنتاج أكثر من مقطع خلال التنفس الواحد .

يتدخل الجهاز التنفسي في مظاهر الكلام كالنوع في التردد والشدة، وضبط التشديد على المقاطع والكلمات .

إن الصوت الانساني يتطلب سيطرة دقيقة وضبط ودمج عصبي لأكثر من (٧٠-٨٠) مجموعة عضلية من الجهاز التنفسي، الحنجرة، البلعوم، سقف الحلق، ومجموعة العضلات الوجهية ، وعندما ننتقل من التنفس لأجل الحياة إلى التنفس من أجل الكلام ، تحدث تغييرات أربعة ، الجدول التالي يوضح ذلك :-

جدول (١٠)الفروق بين التنفس من أجل الحياة والتنفس من أجل الكلام

التغيير	التنفس من أجل الحياة	التنفس من أجل الكلام
مكان استنشاق الهواء	الأنف ما لم يكن لديه انسدادات.	الفم
نسبة الوقت للشهيق مقابل الزفير.	يستنشق (٤٠%) ويزفر (٦٠%) ، متقارب.	يستنشق (١٠%) ويزفر (٩٠%) أي أن هناك فارقا كبيرا بين الشهيق والزفير .
حجم الهواء	(CC٥٠٠) لكل دورة	متغير ، ويعتمد على طول وإرتفاع التلفظ (CC٢٥-٢٠)
الانبساط العضلي للزفير	كامن: عضلات الصدر ، الحجاب الحاجز .	تلعب العضلات دورا هاما في عملية الزفير .

(Borden,Harris &Rapheal ,١٩٩٤)

الحالات التي تؤثر في تنفس الكلام

١- مرض باركنسون : وهو مرض تنكسي ، يتصف بصلابة العضلات التي تحدد من معدل الحركة ، لأن أي خلل في الجهاز العصبي قد يؤثر في الكلام . ارتبط مرض باركنسون بشكل أساس برتابة الصوت، وتشويه في النطق ، الارتجاف ، الضعف وهذه تقلل من وضوح الصوت وكفاءته . إن الصوت المرتجف والضعيف قد يكون نتيجة للقصور في الجهاز التنفسي.

٢- المرض المخيخي (Cerebellar Disease) :المخيخ مهم في تنظيم الحركة الإرادية، وذلك لأنه ينظم سرعة الحركة ، والاتجاه وقوة الحركة وغيرها ، وإذا ما أصيب المخيخ بمرض أو ورم فأنه سيفقد التنظيم الدقيق ، والحركة ، ويميل الصوت إلى أن يكون متشنجا وغير منتظم ، فيصبح الفرد وكأنه ثمل . يكون الصوت في هذا

الحال متقلبا، ولا يمكن التنبؤ بطبقة الصوت وإرتفاعه ، ويفقد الفرد القدرة على إحداث توافق سليم ،ويصبح الكلام بطيئا ، وتميل المقاطع التي ينتجها بشكل غير طبيعي بضغط واحد وبصوت آلي .

٣- اصابة الحبل الشوكي : يعاني الفرد الذي لديه إصابة في الحبل الشوكي من صعوبات تنفسية، وإذا تأثر الحجاب الحاجز فإن الفرد لا يستطيع التنفس، ويحتاج في هذا الحال إلى تنفس ميكانيكي ، وبالتالي سيتأثر الكلام لانه غير قادر على إخراج كفاية من الضغط وإنسيابية الهواء ، وقد يؤدي إلى انخفاض الصوت.

٤- الشلل الدماغي (Cerebral Palsy) : كثير من الأطفال المصابين بالشلل الدماغي لديهم مشاكل تنفسية. فالشلل الدماغي التيبسي قد يؤدي إلى التوتر المفرط والضعف، ويكون شهيق الفرد ضحلا ، بينما يكون الزفير قويا وغيرمنتظم. أما الشلل الدماغي التخبطي فيؤدي إلى حركات غير إرادية تؤثر في الحركات الإرادية وبالتالي تؤي إلى عدم انتظام التنفس، ويكون بعيدا عن السيطرة. والشلل الدماغي التخلجي يؤدي إلى قصور في التنظيم ، ويؤدي إلى عدم انتظام المعدل والنغمة وعمق التنفس المنتظم .

٥- التنفس الآلي (Mechanical Ventilation): قد يستخدم بعض المرضى المصابين بإصابة العمود الفقري ، إنتفاخ الرئة ، سرطان الرقبة والرأس جهازا تنفسيا اصطناعيا. ويمكن ان يكون له مشاكل إذ أن الفرد غيرقادرعلى السيطرة على الوقت ودورات جهاز التنفس الاصطناعي. الضغط المولد من الجهاز الاصطناعي يمكن أن يكون عالياً، ويتغير ضغطه بسهولة . قد لا يستطيع الجهاز الاصطناعي من الموازنة بين متطلبات الهواء للكلام، والتغير الذي يحدث لإحتياجات الفرد (Ferrand, ٢٠٠٧).

التدريب على الاسترخاء

إن التدريب على الاسترخاء يساعد على التقليل من حالات القلق الذي يرافق عادة التأتأة ، كما يرتبط القلق بالتنفس غير المنتظم ، يتم الاسترخاء بطريقتين هما :-

- الاسترخاء بالتنفس
- الاسترخاء الذاتي

ويمكن للطفل عند الاسترخاء الجسمي والعقلي استخدام فنية الإطالة (Prolongation) إذ يتحدث أو يقرأ بشكل بطيئ مما يساعد على التقليل من التأتأة ، فمثلا إذا أراد قول كلمة تسبيح فتكون تـــســـبــــيـــــح، ويمكن تقليل الإطالة بشكل تدريجي بعد الوصول إلى حالة الإتقان .

- الكلام الايقاعي: ويتم ذلك عن طريق جهاز المترونوم حيث يقسم الفرد المتأتئ الكلمة إلى مقاطع ، وينطق كل مقطع مع دقة مـن دقـات الجهـاز الأمـر الـذي يسـاعد عـلى تجـاوز التوقفات التي تحدث من خلال الاسلوب الايقاعي.
- وقد استخدم اندروز وهاريس (Andrews &Harris) في عبد الواحد (١٩٩٨) هذا الجهاز مع (٣٥) من المتأتئين البالغين والأطفال ، ولاحظ الباحثـان تحسـنا في الطلاقـة ، لكنهـا لم تـدم طويلا . ولكن قد تحتاج العملية إلى وقت أكثر لثبيت التحسن .
- طريقـة دمـج الأصـوات (Co-Articulation Method) ارتبطـت هـذه الطريقـة بمبتكرهـا سترمسـتا (Stromsta,١٩٨٦) الـذي فـرق بـين الأطفـال الـذين يعـانون مـن عـدم الطلاقـة الطبيعية والذين يتصفون بتكـرار المقطـع أو الكلمـة ، وبـين الأطفـال الـذين يعـانون مـن التأتأة المتمثلة بتكرار جزء من الصوت أو جزء مـن المقطـع والتـي تتطلـب تـدخلا سريعـا لتجنب الإطالة والتوقف والحركات اللاارادية. اسـتخدمت طريقـة دمـج الأصـوات لتجـاوز تكرار جزء من الصوت ،واعطى ستومستا مثالا على ذلك بضمير المتكلم في اللغة الانكليزية

-

- (I) والذي يتكون من صوتين (A,I)، ويطلب مـن الطفـل نطـق الصـوت (I) عنـدما تكـون اللعبة في الجهة اليمنى ،ثم يقوم المعالج بتحريك اللعبة نحو اليسار مع التطويل في صوت (I) حتى يصل إلى الجهة الأخرى لينطق الصوت الآخر ويدمجة مكونا ضمير المتكلم (I) .

ويرى الكاتب امكانية تقليل المسافة بين الجهة اليمنى والجهة اليسرى لتقليل الفترة الزمنية لنطق الكلمة المستهدفة ، كلما شعرنا أن الطفل قد أتقن ذلك .

وفي اللغة العربية لو أردنا نطق كلمة (من) فنطلب من الطفل نطق صوت (م) عندما تكون اللعبة في الجهة اليمنى ، ونحرك اللعبة لتصل إلى الجهة اليسرى لينطق بالحرف الثاني ويدمجه مع الأول مكونا كلمة (من) .

المدخل النفسي : إنَّ كثير من حالات التأتأة تكون نتيجة لإرهاصات نفسية من خلال ظروف بائسة يمر بها الفرد ، لذلك يمكن ان يكون العلاج النفسي من العلاجات التي استخدمت مع الأفراد االمصابين بالتأتأة وخصوصا السيكودراما (Psychodrama) إذ تساعد الفرد المتأتئ من إخراج الشحنات الانفعالية التي تؤرقه ، وذلك من خلال لعب الدور . ويشير اوزارين (Ozarin,٢٠٠٣) في هذا الصدد ان السيكودراما العلاجي إلى فنيات لعب الدور والتلقائية والتطهير مع الأفراد الذين يعانون من صراعات داخلية وخوف غير طبيعي والتي قد تكون سببا للتأتأة ، ويرى أن هذا العلاج فاعلا في حالات التأتأة . يمكن تطبيق الدراما النفسية في مواقف شبيهه لتلك التي يمر بها في حياته الطبيعية.

العلاج بتقليل الحساسية التدريجي (Systematic Desensitization)

تعتمد هذه الطريقة في العلاج على نظرية الاشراط الكلاسيكي (Classical Conditioning Theory) للمشكلات المتعلقة بالخوف والادمان ، وفي حالات التأتأة يمكن أن نعمل هرم للمثيرات التي تؤدي إلى حالات للتأتأة للتحكم بها لتغيير الاستجابة، وتسلسل هذه المواقف من البسيط إلى الصعب، ويبدأ بتعريض الفرد من المواقف البسيطة

المؤدية إلى التأتأة إلى الأصعب عن طريق تخيل هذه المواقف إذا كانت شديدة، اوتعريضه بشكل واقعي لهذه المواقف إذا كانت غير شديدة .

ويشير الظاهر (٢٠٠٤) إلى أن إزالة التحسس التدريجي تشتمل على :-

١- بناء هرم للمواقف التي تؤدي إلى التاتأة من البسيط إلى الصعب، وتكون هذا المواقف اما حقيقية أو متصورة (متخيلة). وقد يتجنب المتأتئ أصواتاً معينة أو كلمات أو مواضيع أو بعض الناس، او مواقف. والمعالج يمكن أن يتدرج من أقل المواقف إثارة للتأتأة كالتحدث مع الوالدين وتنتهي إلى التحدث أمام الصف .

٢- تقرير نوع الاستجابة التي نستطيع من خلالها كف الخوف أو القلق الذي قد يكون سبباً لحدوث التأتأة ، ولا يمكن أن تحدث الاستجابة ونقيضها في ذات الوقت ، وإنما يفترض أن تهيمن الاستجابة الأقوى لتظهر واضحة جلية، وتختفي الاستجابة الأقل . فالاسترخاء نقيض للقلق المؤدي إلى حالات التأتأة، إذ يوجد علاقة بين الشد العضلي وإدراك الفرد للحالة الانفعالية .

تتطلب عملية الاسترخاء مكاناً هادئاً بعيداً عن المشوشات، وكرسياً مصمماً على شكل معين يدعو إلى الارتياح. ويزود المعالج الأفراد بتغذية راجعة لما يحدث في عضلاته لتساعده على التمييز بين التوتر والاسترخاء.

وقد يكون تغميض العينين خلال عملية الاسترخاء أفضل حالاً لتجنب المثيرات الدخيلة التي قد تؤثر بشكل سلبي في تحقيق الاسترخاء المطلوب. ولتوضيح عملية الاسترخاء نورد النموذج الذي اقترحه مارتن وبير (Marten and Pear, ١٩٨٣) كما جاء في الخطيب (١٩٨٧) للاسترخاء العضلي:

١- إستمع جيداً لما سأقدمه لك من التعليمات، إنها ستزيد من قدرتك على الاسترخاء الآن، اغمض عينيك وتنفس بعمق ثلاث مرات (١٠ ثوان صمت).

٢- أغلق راحة يديك اليسرى بقوة، لاحظ أن عضلات يدك قد بدأت تنقبض وتتوتر (٥ ثوان صمت) والآن افتح يدك اليسرى واسترخ (٥ ثوان صمت).

٣- اغلق راحة يدك اليسرى بقوة مرة أخرى، لاحظ التوتر الذي تشعر به (٥ ثوان صمت) والآن استرخ وفكر بزوال التوتر من عضلات يدك (١٠ ثوان صمت).

٤- الان، أغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة لاحظ كيف توترت أصابعك ويدك وذراعك (٥ ثوان صمت). والآن افتح اليمنى، لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء (٥ ثوان صمت).

٥- مرة أخرى، أغلق راحة يدك اليمنى باحكام. لاحظ ما هي عليه الآن من توتر (٥ ثوان صمت) مرة أخرى افتح راحة يدك اليمنى واسترخ (١٠ ثوان صمت).

٦- اغلق راحة يدك اليسرى بإحكام واثن ذراعك بقوة كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع. أبق يدك كما هي (٥ ثوان صمت) والآن استرخ كاملاً. لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك ويدك واصابعك (١٠ ثوان صمت).

٧- والآن، اغلق يدك اليمنى، واثن ذراعك بقوة كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع. ابق ذراعك كما هي واشعر بالتوتر (٥ ثوان صمت). والآن استرخ كاملاً وركز على ما تشعر به من استرخاء ودفء (١٠ ثوان صمت).

٨- والآن، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، اثن ذراعك بقوة أيضا، ابق ذراعيك في وضعهما هذا. لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن (٥ ثوان صمت) والآن استرخ واشعر بالدفء (١٠ ثوان صمت).

٩- والآن، لننتقل إلى جبينك وعينيك أغلق عينيك بقوة.لاحظ التوتر في مقدمة رأسك، وفي عينيك. الآن استرخ ولاحظ ما تشعر به من استرخاء (١٠ ثوان صمت).

١٠- والآن، لننتقل إلى فكيك اطبقهما بقوة أرفع ذقنك بقوة إلى الأعلى كي تتوتر عضلات رقبتك ابق كما أنت. الآن، اضغط إلى الأسفل بقوة، اغلق شفتيك بقوة (٥ ثوان صمت). الان استرخ (١٠ ثوان صمت)

١١- والآن، اغمض عينيك بقوة وأطبق فكيك، وارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة، واغلق شفتيك، ابق كما أنت لاحظ التوتر في جبينك، وعينيك، وفكيك، وشفتيك ورقبتك. الآن استرخ، استرخ كاملاً واستمتع بالاسترخاء الذي تشعر به (١٥ ثانية صمت).

١٢- والآن، ادفع كتفيك بقوة إلى الإمام إلى إن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك. اضغط بقوة أبق كما أنت. الآن استرخ (١٠ ثوان صمت).

١٣- أدفع كتفيك بقوة إلى الإمام مرة أخرى، وفي الوقت نفسه، ركز على عضلات بطنك، شدها إلى الـداخل إلى أقصى درجة ممكنة، لاحظ التوتر في منطقة المعدة. أبق كما أنـت (٥ ثـوان صـمت) الآن اسـترخ (١٠ ثوان صمت).

١٤- مرة أخرى، إدفع كتفيك إلى الإمام بقوة، وشد عضـلات بطنـك، اشـعر بـالتوتر في الجـزء العلـوي مـن جسمك الآن استرخ (١٠ ثوان صمت).

١٥- الآن، سنعود مرة أخرى إلى العضلات السابقة. أولاً، تنفس بعمق ثلاث مرات (٥ ثوان صـمت)، أغلـق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى، واثن ذراعيك. اغمض عينيك بشدة. أطبق فكيك وادفع بهـما بقوة إلى الأسفل. ثم ارفع ذقنك وأغلق شفتيك بقوة. لاحـظ التـوتر في كـل جـزء مـن جسـمك. الآن استرخ تنفس بعمق. استمتع بزوال التوتر. فكر بالاسترخاء العام في كل عضلاتك في ذراعيك، وراسـك، وكتفيك، وبطنك، كل ما عليك عمله الآن هو الاسترخاء (١٠ ثوان صمت).

١٦- لننتقل الآن إلى رجليك اضغط على كفيك الأيسر إلى الأسفل، وارفع أصابع رجلـك حتـى تشـعر بتـوتر شديد في رجلك (٥ ثوان صمت) الآن استرخ (١٠ ثوان صمت).

١٧- مرة أخرى اضغط على كعبك الأيسر إلى الأسفل بقوة، وارفع اصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شـديد في رجلك. الآن استرخ (١٠ ثوان صمت).

١٨- الآن، اضغط على كعبك الأيمن إلى الأسفل بقوة، وارفع أصـابع رجلـك حتـى تشـعر بتـوتر شـديد الآن استرخ.

١٩- الآن سننتقل إلى كلا الرجلين، اضغط على كعبيك إلى الأسـفل بقـوة، وارفـع أصـابع رجليـك إلى أقصىـ درجة ممكنة. ابق كما أنت (٥ ثوان صمت) الآن استرخ (١٠ ثوان صمت).

٢٠- والآن تنفس بعمق ثلاث مرات (٥ ثوان صمت) شد العضلات التالية كما فعلت قبل قليل: راحة اليد السفلي، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيسر، وراحة اليد اليمنى، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيمن، والجبين، والعينين والفكين والرقبة والشفتين، والكتفين والبطن، والرجل اليسرى، والرجل اليمنى. ابق كما أنت (٥ ثوان صمت) الآن استرخ (١٠ ثوان صمت) تنفس بعمق ثلاث مرات، وبعد ذلك مارس ثانية تمارين التوتر (٥ ثوان صمت) وتمارين الاسترخاء (٥ ثوان صمت) الآن تنفس كالمعتاد، واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك (٣٠ ثانية صمت).

٣- أما العنصر الثالث الذي يشتمل عليه أسلوب إزالة التحسس التدريجي هو الوضع النقيض (Counter posing) وهو اقران العنصرين السابقين، الاسترخاء ونقيضه المتمثل بالمثيرات المسببة للقلق. الأمر الذي يؤدي إلى هيمنة احداهما لأنه من غير المنطق أن تكون هناك استجابتان نقيضتان في ذات الوقت.

ولابد من الإشارة إنه ليس بالضرورة أن تكون المعالجة تشتمل على العناصر الثلاث فقد تكون المعالجة مثلاً من خلال تعريض الفرد بشكل تدريجي الى المثيرات المسببة للقلق دون استرخاء .

وعلى أية حال فإن عملية العلاج بطريقة إزالة التحسس التدريجي ليست عملية سهلة، ويعتمد نجاحها على مدى تجاوب الفرد ، حدة المشكلة ، مهارة المعالج في احداث عملية الاسترخاء، والمدة التي يحتاجها كلاً من المعالج والفرد للوصول إلى نتائج جيدة .

أهم النصائح التي يمكن أن تقدم لأسر الأفراد المتأتئين:-

- أن تتقبل الأسرة الطفل كما هو عليه ، وتلبي حاجاته الضرورية العقلية والاجتماعية والانفعالية والجسمية قدر استطاعتهم.
- اعارة الانتباه والاهتمام بهم من خلال الإصغاء الجيد ، والتركيز على ما يقوله الفرد ، وليس عـلى الطريقة التي يتحدث بها .
- تقليل الأسرة قدر الإمكان من الاعتراضات وتوجيه الأسئلة والتصحيحات.
- أن تتجنب الأسرة السرعة في الكلام مع الأفراد المصابين بالتأتـأة لـكي يسـتطيع الفهـم الصـحيح ، ويمكن لهم أن يقلدوا ذلك مما يقلل من التأتأة .
- يتطلب التعامل مع الأفراد المصابين بالتأتأة الصبر واتساع الصدر ومنح الفـرد وقـت أطـول لـكي يستطيع أن يوصل أفكاره ، دون التسرع لأن ذلك يؤثر سلبا في حدوث التأتأة .
- تجنب اجبار الفرد المصاب بالتأتأة على الحديث ، وانما اعطه الحريـة في التحـدث، ولكـن يمكـن تشجيعه على التحدث بشكل مباشر أو غير مباشر بالطريقة التي يختارها وليس بالطريقة التـي يريدها الآباء.
- اختر الكلام السهل البسيط المألوف ، وتجنب الغريب الصعب .
- أن تشترك الأسرة في عملية العلاج ، وتستفيد قدر الامكان مـن التوجيـه والارشـاد الـذي يقدمـه المعالج .
- ان تستفيد بأقصى درجة ممكنة مـن المعلومـات المتعلقـة بالتأتـأة ، والمواقـف التـي تزيـد مـن التأتأة .
- تشجيع الأسرة الطفل بالمشاركة في الحديث متى أراد ذلك وتشجيعه على ذلك .
- ان تتجنب الأسرة السخرية والانتقاد بأي طريقة ، وتحاول التركيز على الجوانب الايجابيـة دون الجوانب السلبية .
- تجنب البيئات الملوثة والمليئة بالغبار والأتربة والدخان .

دور المعلم من التأتأة

للمعلم دور كبير في التخفيف من حدة التأتأة إذ عليه مراعاة ما يلي :

- التعاون مع الأسرة والمعالج والاستفادة قدر الإمكان من المعلومات المقدمة من الأسرة والمعالج . ويمكن أن تكون هناك لقاءات مشتركة بين أولياء الأمور والمعلم والمعالج .
- أن لا يشعر المعلم الطفل الذي لديه تأتأة بأنه يختلف عن بقية أقرانه ، وخصوصا عندما يتعامل معه .
- اعطاء الطفل الذي لديه تأتأة الوقت الكافي عند الرد على الأسئلة .
- لا تجبر الطفل على الحديث وخصوصا أمام الأطفال إلا إذا أراد ذلك برغبته .
- تجنب أي شكل من أشكال السخرية والاستهزاء .
- استخدم التعزيز الايجابي كلما بادر الطفل بالحديث .
- تجنب أي شكل من أشكال العقاب قدر الامكان .

الفصل الثامن

اساليب تعديل السلوك المستخدمة في علاج اضطرابات اللغة والكلام

الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك

تحديد السلوك المستهدف والأهداف السلوكية

ترتيب المشكلت حسب الأهمية

عمل خط الأساس

تحديد المعززات

اختيار استراتيجية التدخل

مراقبة التقدم (التقييم)

أهم الأساليب التي استخدمت في علاج اللغة والكلام

التشكيل

النمذجة

الحث والتلاشي

التعزيز إيجابي

الإبعاد المؤقت

تكلفة الاستجابة

التصحيح المفرط

الإطفاء

تجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضة

التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر

التعزيز التفاضلي للسلوك ذي المعدل الواطئ

التعزيز التفاضلي للسلوك البديل

ارشادات عامة لتنقيص السلوكات غير المرغوب فيها

اساليب تعديل السلوك المستخدمة في علاج اضطرابات اللغة والكلام

قبل أن نبدأ بإستعراض أهم الأساليب التي استخدمت في علاج اضطرابات اللغة والكلام لابد أن نسلط الضوءعلى الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك .

الخطوات الأساسية لبرامج تعديل السلوك

قبل البدء بالبرنامج العلاجي، لابد من تحليل السلوك تحليلاً دقيقاً بعيداً عن العمومية والعشوائية، والأحكام الناقصة. وهذا يتطلب تحديداً دقيقاً للسلوك المراد تغييره من خلال معرفة ماهيته، عدد مرات حدوثه، اين ومتى يحدث؟ ما غرضه؟ كما يتطلب معرفة نتائج السلوك وما ومن يعززه؟لأن السلوك السوي وغير السوي يخضعان للقوانين نفسها، فقد يكون المعلم أو الاقران هما المعززان للسلوك غير المرغوب فيه.

وما يميز السلوك السوي عن السلوك غير السوي هو شدة السلوك أو معدل حدوثه، كأن يكون أقل بكثير مما هو مطلوب، أو إنه لا يحدث بالمرة، أو أن معدل حدوثه أكثر بكثير مما هو متوقع، ويمكن من خلال ذلك التحليل الدقيق اختيار بعض الطرق البسيطة الكفيلة لضبط المتغيرات المسببة لذلك السلوك غير المرغوب به.

أما اذا تطلب الأمر برنامجاً نظامياً دقيقاً فلا بد من الخطوات الآتية:

١- تحديد السلوك المستهدف والأهداف السلوكية:

بعد أن يصل المهتمون بالطفل إلى قناعة بضرورة التدخل العلاجي لتغيير السلوك المستهدف لتأثيره السلبي في الفرد نفسه بجانبيه الاكاديمي وغير الاكاديمي أو على المعلمين والأقران كذلك. وإنه بلا تدخل سيأخذ سلوك الفرد بالتدهور الأمر الذي يتطلب برنامجاً نظامياً. وتعد الأهداف السلوكية الخطوة الأولى في برنامج تعديل السلوك لتحدد بدقة ما هو السلوك المطلوب تقليله أو ايقافه أو تعزيزه.

إن تحديد الأهداف السلوكية لا يتطلب فقط الأهداف القصـيرة المـدى والبعيـدة المـدى، وإنمـا يجب أن يحدد السلوك المستهدف المراد تغييره بدقة، بعيدا عـن الغمـوض والتعمـيم ليسـاعد ذلـك عـلى وضع الخطة. فعندما نقول أن الهدف هو (أن يتصرف الفـرد تصرفـاً صـحيحاً) فهـذا يتطلـب تحليلـه إلى مكوناته الجزئية مثل الجلوس بمقعده بهدوء خلال فترة الدرس، الانتباه الى المعلم خلال فترة معينة، عـدم مقاطعة المعلم، وعدم الاعتداء على أقرانه، وإذا كانت المشكلة في الكلام نحددها أولا هل هـي اضـطراب في النطق أو الصوت أو الطلاقة فإذا كانت المشكلة اضطرابا في النطق، فأي نوع، هل هو إبدال أو حـذف، أو تشويه أو إضافة ، وإذا كانت المشكلة اضطراب في الصـوت فهـل هـو في طبقـة الصـوت أو نوعيتـه أو شدته أو رنينه ، وإذا كانت المشكلة في الطلاقة، فهل هي التكرار أو التوقف أو التكرار والتوقف.

وقد لا يكتفى بذلك في بعض الأحيان وإنما يحدد على وجه الدقة الابدال في اضطرابات النطـق في أي حرف فقد يكون في حـرف واحـد أوحـرفين أو عـدة حـروف وبالتـالي علينـا أن نحـدد أي الحـروف سيكون السلوك المستهدف الأول ، ويراعى في ذلك السهولة والصعوبة إذ نبدأ بـالحرف السـهل ، وبعـدها نتدرج في الصعوبة .

وقد تتأثر الأهداف بعيدة المدى بإتجاه الأكلينـيكي فهـل اتجاهـه نحـو تحسـين الكـلام أو نحـو تحسين التواصل ، فإذا كان الإتجاه الأول فهو يسعى لتطوير الكلام كالفرد العـادي قـدر الإمكـان . أمـا إذا كان يسعى لتحسين التواصل فهو يعمل على تطوير مهارات التواصل إلى الحد الذي يحقق الفرد حاجاتـه بشكل مقبول .

وقد يتطلب الأمر أن يكـون العـلاج تـدريجياً فمـثلاً إذا كـان الهـدف هـو أن ينتبـه الطفـل إلى المدرب لفترة معينة كأن تكون (١٥) دقيقة لغرض تحسين اللغة الاستقبالية أو التعبيريةً ، فيمكن أن نبـدأ بدقيقتين ثم أربع دقائق ، وبعدها سـت دقـائق وهكـذا إلى أن نصـل إلى السـلوك المسـتهدف. قـد يضـع المدرس الأهداف السلوكية لوحده، أو بمشاركة مدرسين آخـرين، أو قـد يشـترك مـع المشرـف التربـوي (إذا توفر في المدرسة) أو مع الطفل أو ولي أمره في ذلك، ويفضـل في اضـطرابات اللغـة والكـلام أن يشـترك ولي الأمر مع المدرب

أو المعلم بوضع الأهداف سواء كانت بعيدة المدى أو قصيرة المـدى وحتـى الأهـداف السـلوكية لأننا لا يمكن تحقيق الأهداف ما لم يكن هناك تعاون حثيث بين البيت والمؤسسة التعليمية .

وقد أشار سلفرمان (Silverman,٢٠٠٤) إلى نماذج للأهداف البعيدة المدى والقصيرة المدى . ومـن الأهداف البعيدة في اضطرابات اللغة والكلام :

- سيلفظ الطفل حرف (س) بشكل صـحيح في كـل مواقـع الكلمـة في البدايـة والوسـط والنهايـة في المحادثة غير المنظمة بنسبة لا تقل عن (٩٥%) من ذلك الوقت الذي يقضيه في الكلام .
- سينتج كلاما مفهوما لمعظم الناس بنسبة لا تقل عن (٨٠%) .
- سيتعلم الطفل التواصل في الطرق التي تمكنه من تلبية حاجاته التواصلية .

أما الأهداف قصيرة المدى فهي تتحقق في زمن أقل، وتصب في الأهداف طويلة المدى مثل :

- سينطق الطفل صوت السين عندما يكون لوحدة بنسبة لا تقل عن (٩٥%) من الوقت .
- سينطق الطفل صوت السين في المقاطع بنسبة لا تقل عن (٩٥%) من الوقت .
- سينطق صوت السين في الكلمات بشكل صحيح عندما يكون الصـوت الأول بنسـبة نجـاح لا تقـل عن (٩٥%) من الوقت .
- سينطق صوت السين في الكلمات بشكل صحيح عنـدما يكـون الأخـير بنسـبة نجـاح لا تقـل عـن (٩٥%) من الوقت ن الوقت .
- سينطق صوت السين في الكلمات بشكل صحيح عندما تكون في المواقع المختلفة (الأول ، الوسـط ، الأخير) بنسبة نجاح لا تقل عن (٩٥%) من الوقت .

وهكذا يمكن أن نتدرج حتى الوصول إلى الهدف بعيد المدى .

يشير هيتج ودافيز (Hedge &Davis ,٢٠٠٥) في هذا الصدد إلى النقاط الآتية التي يجب أن تؤخذ بالحسبان -:

- اختر السلوكات التي يمكن أن تحقق فروقاً إجتماعية سريعة في مهارات التواصل للمسترشد .
- اختر السلوكات الأكثر أهمية التي يستطيع المسترشد تحقيقها وتعميمها في البيت، والأماكن الطبيعية الأخرى .
- اختر السلوكات التي يمكن أن توسع مهارات التواصل ، كأن تختار الكلمات التي يمكن بسهولة أن تتوسع إلى عبارات وجمل مثل كلمات كبير ، صغير ، فوق، تحت، وإذا تعلم الطفل كلمة باب مثلا يمكن أن يقول باب كبير أو باب صغير وهكذا بالنسبة لبقية الكلمات .
- اختر السلوكات التي تتناسب لغويا وثقافيا مع المسترشد . جد أنواع من المصطلحات ، والأبنية اللغوية ، وأمثلة من التواصل وفق السياق الاجتماعي (Pragmatic communication patterns) .

٢- ترتيب المشكلات حسب الأهمية:

إن ترتيب المشكلات حسب أهميتها وأولويتها ضروري لتحقيق النتائج السليمة التي تجنبنا مضيعة الوقت، والسير في الطريق الصحيح.فالمشكلة التي تؤثر في سير الدرس أولى بالبدء فيها من الأخرى التي يكون تأثيرها مقتصراً في الفرد ذاته. فمثلاً الصراخ أو الأصوات العالية او مقاطعة التلميذ للمعلم باستمرار خلال سير الدرس أولى بالمعالجة من مشكلة الانزواء وعدم التفاعل مع الآخرين، لأن تأثير الأولى أكثر في سير الدرس من الثانية والمشكلة المشتركة أولى بالمعالجة من المشكلة الفردية لأن ذلك ينعكس على ناتج العملية التعليمية أفضل مما لو كان العلاج فردياً، فضلاً عن مردوده الاقتصادي، كما أن برامج تعديل السلوك تتميز كذلك بوجود إمكانية العلاج الجماعي من خلال برنامج معين. والمشكلة التي فيها ايذاء للذات، أو ايذاء للآخرين أولى بالبدء من تلك التي ليس لها ذلك الأثر، فمثلاً الاعتداء على الآخرين أولى بالمعالجة من عدم الانتباه للدرس

. والمشكلة التي تؤثر في تواصله وتكيفه الاجتماعي كإضطراب النطق أو الصوت أولى بالمعالجـة من المشكلات الأخرى التي لا تؤثر في تواصله وتكيفه.

والمشكلة التي يكون لها تاثير سلبي في بقية المشكلات أولى بالمعالجة من المشكلات الأخرى التي ليس لهـا ذلك التأثير. فالخروج من المقعد أولى بالمعالجة من مشـكلة عـدم الانتبـاه لمـا لـلأول مـن تـأثير سـلبي في إحداث الفوضى وأشكال العدوانية.

كما أن المشكلة التي يسهل علاجها أولى بالمعالجة من المشكلة التي تحتـاج إلى خطـة معقـدة ، وخصوصا اذا كان العلاج في إطار الصف.

وقد تكون الظروف المكانية أدعى لعلاج مشكلة ما دون أخرى فالسرحان أنسـب للمعالجـة في إطار الصف، بينما يكون التبول اللاإرادي أنسب للمعالجة في البيت.

ومن ناحية أخرى فإن أدبيات الموضوع تشير إلى ضرورة مشورة أولياء الأمور في معالجة ابنائهم، وخصوصا تلك المشكلات التي تحدث في البيت والمدرسـة كإضـطرابات اللغـة والكـلام ، وقـد يؤخـذ بنظـر الاعتبار المشكلة التي يختارها أولياء الأمور أو الأشخاص المقربون من الطفل.

أما المعالج فقد يختار المشكلة التي تنطبق عليها أكبر عدد من المتغيرات السابقة.

وفي مجال معالجة الاضطربات اللغوية والكلام يجب أن نضع في الاعتبار نوع الاضطراب وشـدته، ومعـدل حدوثه، وعمر الطفل ، وقدراته العقلية ، ومستوى تعليمه ، وصفاته الشخصية .

٣- عمل خط الأساس (Baseline) :

يتميز المدخل السلوكي عن بقية النظريات التقليدية لعلم النفس، بأن القياس يتعلـق بالمشـكلة المراد قياسها، دون التطرق إلى عموميات، كما هو الحال بالنسبة للمعالج التقليدي. كما أن طريقة العـلاج لا تعتمد على قياس المشكلة لأنه جزء منها، كما إن القياس مستمر في جميع مراحل العلاج، بيـنما يعتمـد العلاج وفق النظريات التقليدية لعلم النفس على نتائج القياس.

وخط الأساس هـو الملاحظـة الدقيقـة للسـلوك خـلال فـترة معينـة لقيـاس أمثلـة مـن السـلوك المستهدف. على سبيل المثال لو أردنا عمل خط أساس لمشكلة التأتأة فأننـا نسـتخرج النسـبة المئويـة مـن خلال عدد الكلمات التي تأتأ فيها مقسوما على المجموع الكلي للكلمات مضروبا بمائة. ويمكن إعادة ذلـك في أوقات مختلفة كالصباح والظهيرة والمساء، وفي أماكن مختلفة كالبيت والصف وفي فناء المدرسة، وبعـد ذلك نستخرج الوسط الحسابي. ويمكن اعطاء الطفل كلمات أو عبـارات تحتـوي عـلى السـلوك المسـتهدف كأن تكون عشرين كلمة أو عبارة فيها الصوت المستهدف (س) مـثلا ، وتكـون في أول الكلمـة وفي وسـطها وآخرها لنتعرف بالدقة الأخطاء التي يقع فيها لنتعرف على فاعلية التدخل من خلال خط الأساس .

وتعد هذه المرحلة الأساس الذي يحدد السلوك المستهدف بشكل علمي دقيق، والتـي تسـاعدنا على معرفة فاعلية البرنامج العلاجي، أما الوقت الذي يستغرقه خط الأسـاس فيعتمـد بشـكل أسـاس عـلى طبيعة المشكلة السلوكية التي تحدد الفترة المطلوبة للقياس كأن تكون على سبيل المثال ساعات أو يوم أو عدة أيام أو أسبوع أو اسبوعان أو أكثر.

طرق قياس السلوك [(١)]

إن تعدد المشاكل السلوكية أدى إلى تعدد طرق القياس والتي تعتمد بشكل رئيس عـلى طبيعـة المشكلة السلوكية من حيث شدتها وتكرارها وفترتها الزمنية. لذلك قد تكون طريقة قيـاس معينـة أنسـب لمشكلة دون غيرها. وفيما يلي عرض لبعض طرق القياس:

(أ) تسجيل تكرار السلوك (Frequency Recording) :

وهي أكثر الطرق شيوعاً لقياس السلوك غـير المرغـوب فيـه، والتـي تعتمـد عـلى تسـجيل عـدد المرات التي يحدث فيها ذلك السلوك. إن هذه الطريقة قد تكون أنسب من

[(١)] انظر:

(Poteet, ١٩٧٤, PP ١٣-١٥), (Harrop, ١٩٨٣, PP ٥٢-٦٠), (Upton, ١٩٨٣, PP ٦٩-٧١).

غيرها لقياس السلوكات ذات التكرارية القليلة، كالاعتداء على الآخرين، لكنها لا تكون كذلك لقياس السلوك الذي يستمر فترة زمنية طويلة كالبكاء، لأنها لا تهتم بشدة أو مدة السلوك . تتميز هذه الطريقة بأنها تمكن المعلم من استخدامها داخل إطار الصف دون أن يعرف التلميذ المستهدف ، ويحصل على معلومات دقيقة على حجم المشكلة من خلال بعض الأساليب الفنية، والتي من شأنها أن تجعل سلوك الأطفال عادياً لا يتأثر بمثيرات دخيلة.

(ب) تسجيل العينة الزمنية (Time Sampling Recording) :

هي ملاحظة حدوث أو عدم حدوث السلوك خلال عينات زمنية، إذ يقوم الملاحظ بتقسيم فترة الملاحظة الكلية إلى فواصل زمنية متساوية تماماً، كأن تكون كل خمس دقائق ٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٥، ٣٠، ٣٥، ٤٠، فمثلاً عند ملاحظة استقرار أو عدم استقرار التلميذ في مقعده، يقاس السلوك في الدقيقة الخامسة فالعاشرة ثم الخامسة عشرة.. وهكذا.

إن هذه الطريقة تكون مناسبة للسلوك ذي المعدل العالي، لأن السلوك ذا المعدل المنخفض قد لا يحدث أثناء فترة الملاحظة. كذلك إنها مناسبة للسلوك الذي يستمر لفترة زمنية طويلة.

(ج) تسجيل مدة حدوث السلوك (Duration Recording) :

هي الطريقة التي تهتم بملاحظة مدة حدوث السلوك هل هي طويلة أو قصيرة؟ على سبيل المثال المدة التي يقضيها التلميذ خارج مقعده ، أو فترة بكاء الطفل عند وضعه في سريره .

ويمكن استخراج نسبة حدوث المشكلة اثناء فترة الملاحظة ، فإذا كانت فترة الملاحظة (٣٠) دقيقة ، واستمرت المشكلة خلال الملاحظة (١٥) دقيقة فان نسبة حدوث المشكلة هي:

مدة السلوك

$$\frac{____}{\text{مدة الملاحظة}} \times ١٠٠$$

$$\frac{15}{30} \times ١٠٠ = ٥٠\%$$

(د) تسجيل الفواصل الزمنية (Interval Recording) :

وهي طريقة لقياس السلوك تعتمد على تقسيم فترة الملاحظة إلى أجـزاء متسـاوية مـن الوقـت الكلي. كأن تؤخذ (١٠) ثوان من كل دقيقة لتسجيل السلوك المستهدف، أمـا بقيـة (٥٠) ثانيـة فـلا يكـون فيها تسجيل. ويكون الوقت الكلي على سبيل المثال (١٠) دقائق أو اكثر.

والشكل التالي يوضح ذلك

شكل (٣)

يوضح طريقة تسجيل الفواصل الزمنية

(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان	(١٠) ثوان
١	١	١	١١		١١	١١	١	١١	١١
١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠

كل رقم يمثل (١٠) ثوان من الدقيقة لفترة ملاحظة كلية (١٠) دقائق.

٤- تحديد المعززات:

يتوقف نجاح برنامج تعديل السلوك على مدى استخدام المعززات بشكل مناسب وفق المتغيرات المختلفة. والمعززات كثيرة ومتنوعة، ولا يمكن الركون إلى استخدام نوع واحد منها، ما دام هناك استحالة لتطابق فردين، فكل فرد كائن بذاته لا يمكن أن يطابقه آخر، ولكن قد يقترب منه أو يشابهه ، لذلك لا يمكن أن يكون هناك معزز ما واحد من حيث التأثير على جميع الأفراد . فقد يكون المعزز فاعلاً مع (س) من التلاميذ، لكنه أقل فاعلية مع (ص) وغير فاعل مع (ع) ، وقد تكون المعززات الأولية (كالطعام والشراب) فاعلة مع التلاميذ الفقراء، ولكنها أقل فاعلية مع أقرانهم الأغنياء. وقد يكون المدح وابداء العطف والحنان أكثر فاعلية مع التلميذ الذي يشعر بالحرمان العاطفي من الوالدين من التلميذ الذي يلقى حباً كافياً في البيت.

إن الذي يقرر ايجابية المعزز بالدرجة الأولى هو الطفل الذي يستخدم معه فمثلاً المدح يستخدم بشكل كبير جدا مع الأطفال ، لكنه قد لا يكون معززاً ايجابياً لجميع الأطفال على الاطلاق فربما يكون غير ذلك عند بعض الأطفال الخجولين، أو عندما يصدر من شخص يكرهه الطفل حتى ولو كان المعلم.

وعند الحديث عن المعززات، فإنما يقصد بها المعززات المشروطة بالاستجابة المطلوبة، أو تلك التي تستخدم لغرض تعديل السلوك . لأن المعززات على قسمين سواءً كانت ايجابية أو سلبية وهي المعززات الداخلية والمعززات الخارجية. ويطلق على التعزيز داخلياً أو ذاتياً عندما يكون السلوك المدعم معززاً بنفسه أو بذاته أي أن الاستجابة ذاتها مصدر الفرح والاطمئنان، ويعزز بشكل آلي في كل مرة يحدث مثل الشرب عند العطش، الأكل عند الجوع، كما يعتبر كل ما يكون غاية في ذاته معززاً داخلياً كالاستماع الى الموسيقى أو الانشغال بالرسم .

أما المعززات الخارجية فهي ليست جزءاً من السلوك، وإنما تعزز نتائجها سواء كان التعزيز ايجابياً أم سلبياً، فليست المكافأة المادية أو المدح جزء من السلوك .

تكون المعززات إحدى الانواع الآتية:

(أ) المعززات الاجتماعية (Social Reinforcement) :

وهي مثيرات طبيعية كثيرة ومتنوعة يمكن تقديمها باسـتمرار بعـد السـلوك المطلـوب تعزيـزه (الإستجابات اللفظية) ، ويتميز بفورية التقديم، ومن هذه المعززات المدح، الثناء، التشـجيع، الربـت عـلى الظهر، اللعب بالشعر، نظرات الاعجاب، حضن الطفل، تقبيـل الطفـل، الايمـاء بـالرأس تعبـيراً عـن الرضـا والقبول، تلاقي العيون، الغضب، عدم الاحترام، عدم القبول، الابتسام، العنـاق، النـبرات الهادئـة للأصـوات، وغيرها كثير، تتسم بأنها اقتصادية لا تكلف شيئاً، كما أن تنوعها يساعد على استخدامها لفترة طويلـة دون أن تصل إلى حالة الإشباع كما هو الحال بالنسبة للمعززات الأخرى . فلو اسـتخدمنا التشـجيع مـثلا يمكـن استخدام ألفاظ كثيرة كممتاز، فاخر، رائع، عظـيم، المعـي، عبقـري وهكـذا. يمكـن أن تسـتخدم المعـززات الاجتماعية مـع المعـززات الغذائيـة والماديـة ، وبعـد تحقيـق الاسـتجابات المطلوبـة نقلـل مـن المعـززات الغذائية والمادية تدريجيا والإبقاء على المعززات الاجتماعية الطبيعية .

(ب) المعززات المادية (Tangible Reinforcers) :

وتشمل أنواع متعددة من المعززات التي يرغبها الأطفال كاللعب بأنواعهـا (كالسـيارة، الطيـارة، الدبابة، الرشاشة، المسدس) الأقـلام بأنواعهـا (كقلـم الحـبر، الجـاف، الرصـاص، أقـلام زيتيـة.. الـخ) الصـور بأنواعها (كصور الأماكن المشهورة، المتاحف، المصانع، أو صـور لأشـخاص مشـهورين إلى غيرهـا) المفكـرات، الحلى، شهادة تقدير، تذاكر دخول سينما، مسرح، حديقة، نادي.

أو قد تأخـذ شـكل معـززات رمزيـة (Token Reinforcers) كـالنجوم أو النقـاط أو الـدرجات أو الكوبونات وغيرها والتي يحصل عليها التلاميذ خلال تأديتهم السلوك المستهدف، والتي يمكن استبدالها بما يرغب كاللعب والاطعمة والاشربة والملابس وغيرها.

(ج) المعززات الغذائية (Edible Reinforcers) :

تشمل هذه المعززات كل أنواع الأطعمة والأشربة وقد استخدمت بشكل كبير جداً مع الأطفال الصغار والمعاقين عقلياً.

وقد يكون تجاوب الأطفال الصغار للمعززات الغذائية أكثر مقارنة بالأطفال الكبار، لأنهم اكثر حاجة الى الغذاء (الطعام والشراب) للنمو، كما أن ميولهم ورغباتهم ونشاطاتهم محدودة قياساً بالأطفال الكبار، لذلك قد يكون تجاوبهم مع المعززات الغذائية أكثر من الأطفال الكبار.

كذلك الحال بالنسبة للمعاقين عقلياً فإنه نتيجة لقدراتهم العقلية المحدودة تكون ميولهم ورغباتهم ونشاطاتهم أقل من العاديين. الأمر الذي يجعلهم اكثر تجاوبا مع المعززات الغذائية.

هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن تعليم الأطفال الصغار والمعاقين عقلياً في إطار الصف يتسم بالتعليم الفردي الذي يفسح المجال أمام المعلمين باستخدام هذا النوع من المعززات الذي قد يتعذر استخدامه في المراحل المتقدمة لأنه يعرقل سير الدرس، إلا اذا استخدم في اطار التعزيز الرمزي، لأنه من العوامل التي تجعل التعزيز فاعلاً هو فورية تسليم المعزز.

إن المشكلة الأساسية التي تواجه مثل هذه المعززات هي الإشباع وبشكل خاص عندما يستخدم نوع واحد من الطعام أو الشراب لذلك قد يكون تنوع الأطعمة والأشربة يحول دون ذلك. ويفترض أن نختار الأطعمة والأشربةالتي يرغبها الطفل على أن تكون صحية ، وحبذا لو تكون فيها جانب علاجي فمثلا يمكن أن نختارالأطعمة والأشربة التي تقلل من النشاط الزائد إذا كان الطفل يتصف بالنشاط الزائد ، ونبتعد قدر الأمكان من الأطعمة والأشربة التي تحتوي على نسب عالية من السكريات . يفضل أن يتزامن استخدام التعزيز الاجتماعي مع التعزيز الغذائى ليصار إلى تلاشي الغذائي بشكل تدريجي ، والابقاء على الاجتماعي .

(د) المعززات النشاطية (Activity Reinforcers) :

وهي نشاطات مرغوبة من التلاميذ، وتكون مرهونـة بتأديـة السـلوك المسـتهدف، وهـي أنـواع كثيرة منها الرسم، العزف على آلة موسيقية، اللعب مع مـن يحـب، مشـاهدة التلفزيـون والفيـديو، أفـلام كارتون، ألعاب رياضية، الاشتراك في المجلة المدرسية، الذهاب الى المسرح، حديقة ألعاب، سـينما، المشـاركة في الحفلات المدرسية، دق جرس المدرسة، مشاركة المعلمة في جمع وتوزيع الكتب والدفاتر، مراقبة الصف وما إلى ذلك.

٥- اختيار إستراتيجية التدخل:

وهي مرحلة تطبيق أساليب تعديل السلوك التـي يفـترض اختيارهـا بشـكل موضـوعي وعلمـي بحيث تتلاءم مع المشكلة المراد معالجتها ، وعمر الفـرد الزمنـي والعقـلي وسـماته الشخصـية والمتغـيرات البيئية التي يجري التطبيق فيها . فمثلا يمكن اختيار التعزيز الموجب لزيادة إنتباه الطفل الذي يعاني مـن قصور لغوي ، أو التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض لتحسين مشاركة الطفل في المهمة التعليمية .

كما تتأثر اختيار الأستراتيجة بمعرفة الفرد المعالج إذ يمكن لمعالج أن يميل إلى اسـتخدام اسـتراتيجية معينـة لأنه يفهمها ، وقد يبتعد عن أخرى لأنه لم يستوعبها بشكل كامل. وتتأثركذلك بما تتطلبه الاستراتيجية مـن وقت ومال .

ويعد اسلوب التشكيل من أهم الأساليب التي استخدمت في التدخل لعـلاج اضـطرابات النطـق والصـوت والطلاقة. ويكون الهدف المراد تحقيقه هو الحجر الأساس في اختيار الأسلوب الملائم .

يتطلب برنامج تعديل السلوك دقة في التنفيذ، وخصوصا عندما يطبق مع تلميذ واحد، أو عـدد محدود من التلاميذ، لأنه قد يكون له تأثير سلبي في بقيـة التلاميـذ الـذين لم يجـر تعزيـزهم . إذ لابـد أن يكون التدخل لغرض البناء وليس البناء والهدم.

كما يجري التأكيد على المشكلة أو المشـكلات التـي صـممت التجربـة مـن أجلهـا. كـما يفـترض اختيار الأسلوب المناسب مع التلميذ أو التلاميذ المستهدفين وطبيعة المشكلة.

يتوقف نجاح برنامج تعديل السلوك، إضافة الى ما ذكر، عـلى التـزام المعلمـين وتعـاون الإدارة . وقد يمكن القول في هذا الصدد، إن تطبيق البرنامج خلال معلم واحد أكثر عملياً مـن مجموعـة معلمـين.

كما يتطلب البرنامج المواد والمصادر اللازمة وخصوصا عند استخدام التعزيز المادي . ويفترض ان تكون المعززات مناسبة لأعمار التلاميذ والظروف البيئية.

وقد يصعب في بعض الأحيان تسليم المعزز مباشرة بعد السلوك المستهدف داخل الصف وخصوصاً المعززات المادية والغذائية لأنه يعرقل سير العملية التعليمية. ولكن قد يشار إلى ذلك خلال وجوده في الصف ، ويجرى التسليم بعد الانتهاء من الدرس.

ولا يتوقف نجاح البرنامج على اختيار المعزز فحسب بل على كيفية تعزيزه كذلك، إذ يتطلب اتباع اسلوب معين من التعزيز لتحقيق الاستجابة المطلوبة واستقرارها.

وهناك أنواع من التعزيز تسمى بجداول التعزيز (Schedules of Rienforcement) * نذكر منها:

(أ) التعزيز المتواصل (Continuous Reinforcement) :

يتلخص هذا النوع من التعزيز بأن التلميذ يعزز في كل مرة يبدي فيها الاستجابة المطلوبة . وقد يكون هذا النوع من التعزيز فاعلاً في المراحل الأولى، لكنه قد يؤدي إلى حالة الإشباع ، وخصوصاً اذا كانت المعززات محددة ، مما تفقد قيمتها التعزيزية. كما قد يكون التعزيز المتواصل متعباً ومجهداً اضافة إلى أنه مكلف وخاصة اذا كان مادياً. ولاستمرارية الاستجابة المطلوبة يفترض عدم التوقف المفاجئ والسريع عن التعزيز، وإنما يجب أن يكون التقليل

(ب) التعزيز المتقطع (Intermittant Reinforcement) :

* (Poteet, ١٩٧٤), (Axelred, ١٩٨٣), (Walker and Shea, ١٩٨٤).

ويتلخص بأن لا يعزز التلميذ بعد كل استجابة مطلوبـة بشـكل متواصـل، وإنمـا يكـون التعزيـز بشكل متقطع حسب الزمن أو عدد الاستجابات المستهدفة . وتعد هذه الطريقة الأفضل في المحافظة على استمرارية السلوك .

إن التعزيز المتقطع لا يعني التعزيز العشوائي وقد يكون أحد الأنواع الآتية:

١- جدول النسبة الثابتة (Fixed Ratio Schedule) :

وهو أن يعزز سلوك التلميذ المرغوب فيه إذا تلاءم عدد حدوثه مـع العـدد الموضـوع لمكافأتـه. كأن يحدد المعلم مكافأة التلميذ كل خمس مرات يبدي فيها التلميذ الاستجابة المطلوبة. وقد يكـون هـذا التعزيز مناسباً للسلوك ذي التكرار العالي.

٢- جدول الفترة الزمنية الثابتة (Fixed Interval Schedule) :

وهو أن يعزز سلوك التلميذ بعد انتهاء فترة محددة من الزمن . كأن تكـون دقـائق أو سـاعات، تحدث الاستجابة المطلوبة خلالها ، ثم يجـري تعزيـزه بعـد انقضـاء الفـترة الزمنيـة. عـلى سـبيل المثـال في مشكلة الخروج من المقعد يعزز التلميذ كل خمس دقـائق أو سـبع دقـائق يبقـى في مقعـده. قـد تكـون الاستجابة في بداية الوقت لهذا النوع من التعزيز ضئيلة، لكنها تزداد في نهاية الوقت المحدد.

٣- جدول تعزيز متغيرة الفترة الزمنية (Variable Interval Schedule) :

يحدث التعزيز وفق هذا الجدول بفترات زمنية غير ثابتة، لكنها تتراوح حول معدل معـين. فلـو أردنا تعزيز انتباه التلميذ إلى الدرس، يقوم المعلم بتعزيزه بعد اربع دقائق مرة، وسبع دقـائق مـرة أخـرى ثم عشر دقائق مرة أخرى ثم خمس دقائق. وهكذا.

٤- جدول تعزيز النسبة المتغيرة (Variable Ratio Schedule) :

وهو أن يعزز التلميذ على أساس معدل الاستجابات المطلوبة كأن يعزز التلميذ بعد أداء خمس استجابات صحيحة في المرة الأولى، وسبع استجابات صحيحة في المرة الثانية، فأربع اسـتجابات صـحيحة في المرة الثالثة، ثم بعد ست استجابات في المرة الرابعة.. وهكذا. ولكنها تتمحور حول معدل معين.

إن التعزيز وفق هذا النوع يجعل التلميذ لا يستطيع التنبؤ بموعد التعزيز.

وهناك عوامل تؤثر في فاعلية التعزيز:

- أن يكون التعزيز متوقفاً على حدوث السلوك المرغوب فيه فقط: فحدوثه اعتماداً على مسببات أخرى سيقلل من كفاءته وفي تمكننا من التحكم بذلك السلوك. فمثلاً في مشكلة عدم التفاعل مع الآخرين يعزز التلميذ عند تفاعله مع اقرانه، لأن استخدام التعزيز لسلوكات أخرى قد تقلل من فاعليته.
- يجب أن يكون المعزز محبوباً ومرغوباً فيه من قبل التلميذ: أي أن تكون له قيمة بنظره وليس للآخرين كالمعلم أو المعالج أو غيره.
- فورية التعزيز: فكلما كان التعزيز فورياً بعد الاستجابة الصحيحة كلما كان فاعلاً في التأثير. إن تقديم المعزز بعد الاستجابة المطلوبة مباشرة له وقع قوي على النفس، مما يزيد من احتمالية تكرار الاستجابة المستهدفة. وقد لا يكون في بعض الأحيان مناسباً تقديم المعزز مباشرة بعد الاستجابة المطلوبة، وخصوصاً المعززات الغذائية والمادية عند تطبيق برنامج تعديل السلوك في اطار المؤسسات التعليمية. ولكن يمكن في هذا الحال اعطاء معززات رمزية يمكن استبدالها في وقت لاحق.
- انتظام التعزيز: يتميز تعديل السلوك بالدقة والمنهجية بعيداً عن العشوائية والتجريب. فقبل البدء بالبرنامج العلاجي يحدد بانتظام كيفية التعزيز، والطريقة المناسبة لواقع الحال، لأن استخدام التعزيز بشكل منظم له فاعليته في تغيير السلوك. فقد نلجأ الى التعزيز المتواصل لتحقيق الاستجابة المطلوبة، وبعد استقرار الاستجابة ننتقل الى التعزيز المتقطع.
- كمية التعزيز: فكلما ازدادت كمية التعزيز إزدادت فاعلية التعزيز فابتسامه ومدح أكثر فاعلية من ابتسامة فقط، وابتسامة ومدح وربت على الظهر أكثر فاعلية من الابتسام والمدح فقط.

كما تكون من ناحية أخرى قطعتان من الحلوى أكثر فاعلية من قطعة واحدة . ولابد من الإشارة الى أن كمية التعزيز يعتمد بشكل أساسي على نوع المعزز الذي يستخدم.

- التنويع: إن استخدام معززات متنوعة أكثر فاعلية من استخدام معزز واحد، لأن اسـتخدام معـزز واحـد بشكل مستمر يدعو إلى الإشباع مما تقل فاعليته.

٦- مراقبة التقدم (التقييم):

تعد المراقبة المستمرة لمعرفة التقـدم الـذي حـدث في تغيـير السـلوك سـمة مـن سـمات بـرامج تعديل السلوك. وهذا يتطلب تسجيل السلوك أو السلوكات المستهدفة لمعرفـة التغيـير الـذي حصـل مـن جراء تطبيق البرنامج من خلال مقارنتها بخط الأساس (Baseline) . وإن هذا قـد يسـاعد في بعـض الأحيـان في تغيير أو تعديل طريقة العلاج، بحيث تكون أكثر فاعلية في تعديل السلوك.

أهم الأساليب التي استخدمت في علاج اللغة والكلام

التشكيل (Shaping)

يتلخص التشكيل بتجزئة السلوك النهائي المستهدف إلى عدة أجزاء، كل جزء يمثل خطوة، وتكون متدرجة من السهل إلى الصعب. ويجري تعزيز كل خطوة، وبعد إتقانها بشكل كاف ، ينتقـل إلى الخطـوة التي تليها وهكذا.. حتى الوصول إلى السلوك النهائي المستهدف.

يعـرف هـاروب (Harrop, ١٩٩٣) التشـكيل هـو صـياغة السـلوك بشـكل معـين، وتكـون هـذه الصـــياغة عـــن طريـــق تعزيـــز الاســـتجابات التـــي تقـــترب شـــيئاً فشـــيئاً مـــن السـلوك المسـتهدف. لـذلك سـمي هـذا الأسـلوب بالتقريـب التـدريجي (المتعاقـب) (Successive approximation) لأنه يتدرج من البسيط إلى الصعب بشكل تتابعي.

ويهدف هذا الأسلوب إلى تعليم الأفراد سلوكاً لا يتوفر عندهم في الوقت الحاضر. هذا لا يعنـي خلق السلوك المستهدف من العدم، وإنما نتوصل إلى السلوك المسـتهدف مـن خـلال اسـتجابات متشـابهة نبدأ بها ونشكلها لتخدم الهدف النهائي.

لقد استخدم هذا الأسلوب في علاج اضطرابات النطق والصوت والطلاقة (التأتأة) والاضطرابات السـلوكية والاجتماعية والمهارية .

إن الأساس في نجاح أسلوب التشكيل يتمثل في كون التعزيز متوقفاً على التغير التدريجي للسلوك نحو الهدف النهائي . فمثلاً التلميذ الذي لا ينتبه تماماً إلى المعلم ، ويراد معالجته وفق أسلوب التشكيل يتطلب تحديد السلوك المستهدف، وليكن على سبيل المثال الانتباه إلى المعلم طيلة مدة الدرس البالغة (٣٠) دقيقة. تجزأ هذه المدة إلى أجزاء، كأن تكون عشرة أجزاء لكل جزء ثلاث دقائق.

يعزز التلميذ إذا أظهر انتباها لمدة ثلاث دقائق، وبعد التأكد من حدوث هذه الخطوة واستقرارها، ينتقل إلى الخطوة التي تليها، وهو تعزيز الانتباه إذا حدث مدة (٦) دقائق وهكذا إلى أن تحقق السلوك النهائي المستهدف. لا يقتصر إجراء التشكيل على فرد واحد، وإنما يمكن إتباعه مع مجموعة من الأفراد، وهذا يرتبط بشكل أساسي بطبيعة السلوك المستهدف، فقد يكون مناسباً لاجراءه مع مجموعة من الأفراد في مواد كالموسيقى والتصوير والرقص، وهذا ما أشار إليه سولرز ومايير (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧). استخدم هذا الأسلوب في تشكيل السلوك الاجتماعي والمهاري والأكاديمي للعاديين، واتسون (Watson, ١٩٧٢) كارولي (Karoly, ١٩٨٠) ولغير العاديين رايموند (Raymond, ١٩٨٤) وسلرز ومايير (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧) ولأعمار مختلفة وخاصة مع صغار السن أوبتن (Upton, ١٩٨٣) .

ويمكن توضيح أسلوب التشكيل في اضطرابات النطق في المثال الآتي لنفرض أن الطفل لا يستطيع نطق فونيم معين في كلمة ما ، ولكن يمكن لفظه في المقطع فنبدأ في المقطع لتشكيل نطق الصوت ضمن الكلمة . ولنفرض أن الطفل لا يستطيع نطق الفونيم ضمن المقطع ، ويمكن أن يبدأ بالفونيم فقط ، وإذا لم يستطع الطفل نطق الفونيم لوحده، هل يمكن أن يحرك لسانه إلى اليمين أو يقوم بتحريك أي عضو من أعضاء النطق ؟ وإذا كان الجواب لا ، هل يستطيع فتح فمه ؟ وإذا كان الجواب لا ، هل يستطيع فتح فمه بمساعدة يدوية ؟ وبعدها هل يستطيع تحريك لسانه بمساعدة يدوية أو بتوجيه يدوي؟. ففي هذه الحالة يكون التشكيل بشكل تتابعي من فتح الفم بمساعدة يدوية كخطوة أولى، وبعد أن يتقنها ننتقل إلى الخطوة الثانية هو فتح الفم بلا مساعدة ، ومن ثم تكون الخطوة

التالية هي تحريك اللسان بتوجيه يدوي ، والخطوة التي تليها تحريك اللسان بلا مساعدة ..... وهكذا حتى الوصول إلى السلوك النهائي (المستهدف) وهو نطق الفونيم ضمن الكلمة .

ولضمان فاعلية أسلوب التشكيل في تحقيق النتائج المطلوبة ، إضافة إلى التحديد الدقيق للسلوك المستهدف ، البدء من النقطة التي تمثل ذخيرة الفرد ، كما يفترض الابتعاد عن تعزيز الاستجابة التي ليس لها علاقة بالسلوك المستهدف.

كما أنه ليس هناك معيار زمني ثابت يحدد الفترة الزمنية بين خطوة وأخرى، وكذلك بالنسبة لحجم الخطوة، وإنما يتعلق ذلك بالسلوك المستهدف والمتغيرات المتعلقة بها، كنوع المشكلة فيما إذا كانت بسيطة أو معقدة لفرد واحد أو مجموعة من الأفراد، يقوم به معلم واحد أو عدة معلمين ، مكان تطبيق البرنامج وغيرها.

وأخيراً ولزيادة فاعلية التشكيل، يمكن استخدام أساليب أخرى معه كالحث والتلاشي (Prompting and Fading) والنمذجة (Modeling) .

يقول واتسون (Watson, ١٩٧٢) في هذا الصدد إن أسلوب التشكيل لا يكون فاعلاً لوحده لتعليم سلوك جيد. كما أشارت العديد من التجارب التي جاءت في كتاب رايموند (Raymond, ١٩٨٤) وسولزر وماير (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧) إلى فاعلية أسلوب التشكيل عند استخدامه مع أساليب أخرى كالحث والتلاشي والنمذجة والتوجيه المادي.

ومن التطبيقات التربوية للتشكيل التعليم المبرمج (Programmed Instruction) الذي ينظم المحتوى على شكل وحدات صغيرة متسلسلة منطقياً، لها أهدافها الخاصة. ولقد أكد سكنر (Skinner, ١٩٥٨) خلال مقالاته الرائدة في هذا الموضوع على أهمية التعزيز، وطرق استخدام الإجراءات السلوكية في تعليم المهارات الأكاديمية والتأكيد الأساسي على الاستجابات الصحيحة لتقدم التلميذ في مراحل من مستوى أكاديمي إلى آخر (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧) .

ومن خصائص التعليم المبرمج، إنه يبـدأ مـن النقطـة التـي يعرفهـا التلميـذ ، فمـثلا نبـدأ معـه بالأصوات التي يستطيع نطقها كالمرققة ثم ننتقل إلى الأصوات المفخمة التي لا يستطيع نطقها . كما يقدم فرص كثيرة للنجـاح عـن طريـق الأسـاليب الفنيـة، كالحـث والتصـحيح والإشـارة، والزيـادة التدريجيـة في الصعوبة، لأن الإجابة الصحيحة بحد ذاتها تعزيز، لذلك يبدأ البرنامج التعليمي بالاستجابة البسـيطة جـداً، ويجري تعزيزها بشكل منظم وفوري، فهو يفسح المجال إلى أقصاه لنجاح التلاميذ. لهذا فإن الفشل الـذي يحدث قد يعود إلى الخطأ في البرنامج وليس إلى التلميذ.

تشكيل مهارات اللغة

يعد التشكيل العلاج الفاعل للأطفال الذين لا يتواصلون لفظيا ، وأولئك الذين لديهم مشـكلات شديدة في حركة أعضاء النطق . والطفل الذي يستطيع أن ينطق كلمـة واحـدة ، يمكـن أن نبـدأ بتشـكيل فتح الفم وإغلاقه من خلال الإرشاد والتوجيه .

يتطلب تشكيل مهارات اللغة الأساسية تحديـد السـلوك النهـائي أو المـرحلي مثـل انتـاج كلمـة، ونحدد أسهل استجابة يستطيع المتعلم القيام والتي يمكن من خلالها تشكيل الكلمة، ونسـتعين بالنمذجـة والتقليد ، وبعد اتقان الكلمة الواحدة يمكن أن ننتقل إلى العبارة ومن ثم الجملة .

إن الأطفال غير القادرين على التواصل مع الآخرين بـالكلمات ، ولا يسـتطيعون تقليـد المقـاطع والكلمات، يمكن أن نبدأ معهم بفتح الفـم بمسـاعدة يدويـة، وبعـد أن يـتقن ذلـك، وقـد تختلـف الفـترة الزمنية من طفل إلى آخر حسب شدة الخلل ، ننتقل إلى الخطوة الأخـرى وهـوفتح الفـم بـدون مسـاعدة يدوية ، وبعدها يمكن أن تطلب منه اخراج بعض الهواء من فمه والمعالج ينمـذج ذلـك ليقلـده الطفـل ، ويمكن للمعالج أو المعلم تقديم بعض المساعدة ، ويمكن أن يكون انسياب الهواء صـوت معـين كالهـاء أو صوت الألف ، ويمكن تشكيل كلمة أب من صوت الألف ثم تتدرج إلى كلمة أبي وهكذا .

يحمل هذا الاسلوب في طياته جعل المتعلم في وضع نفسي جيد فإذا لم يستطع المتعلم من تشكيل الفونيم خلال الكلمة ، فيمكن تشكيلها من خلال المقطع ، وإذا لم يستطع يمكن فعل ذلك بشكل منفرد (لوحده) ، وإذا لم يستطع يمكن أن يفعل أي حركة مساعدة لتشكيل الحرف .

لذلك يتطلب تحديد السلوك النهائي أو المرحلي لإنتاج الصوت أو الكلمة، ومن ثم إيجاد ابسط إستجابة يستطيع القيام بها والتي ترتبط بالسلوك المستهدف ، ويمكن تشكيل الإستجابة الأبسط من خلال النمذجة والتقليد .

استمر في التشكيل حتى تحقيق السلوك النهائي (المستهدف) .

تشكيل خصائص الصوت

إن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الصوت لا يستطيعون إخراج الأصوات بالمواصفات الصحيحة، لذلك يعد التشكيل من أفضل المداخل للتعامل مع طبقة الصوت أو إرتفاعه او رنينه أو البحة أو الخشونة. يستخدم المعالجون دليلا يدويا للعلاج الصوتي والذي يسمى المعالجة الرقمية (Digital Manipulation)

- ضغط الأصبع بشكل خفيف على غضروف البلعوم يمكن أن يقلل من طبقة الصوت .
- إطالة أصوات العلة قد يقلل من طبقة الصوت .
- أوضاع الرأس المختلفة قد تحسن من خصائص الصوت ، ويمكن استخدام توجيه جسدي لجعل الرأس مستقيم ، وميله نحو اليسار أو اليمين ، وثني الرقبة نحو الأسفل يمكن أن يساعد في تحسين الصوت (Hedge & Davis ,٢٠٠٥).

فالفرد الذي يكون صوته عاليا أو طبقة صوته عالياً بشكل غير عادي على سبيل المثال، يمكن ان نستخدم التعزيز كلما قلل من ارتفاع صوته أو طبقته ، ويكون ذلك بشكل تدريجي .

كيف نشكل خصائص الصوت

- حدد نوعية الصوت النهائي أو المرحلي أو خصائصه كإن تكون طبقة أو إرتفاع الصوت .
- حدد أبسط سلوك يمكن للطفل أن يقلده كإنتاج صوت أو مقطع أو كلمة.
- عين الاستجابات المتوسطة (الواسطة) التي يمكن أن تشكل مقاطع ، كلمات، جمل.
- شكل ابسط استجابة أولا .
- أضف استجابات متوسطة .
- شكل الصوت المرغوب والمستهدف في الكلام .

تشكيل الطلاقة

إن تقليل التأتأة تتطلب خطوات متتابعة هي ادارة انسياب الهواء ،مـدخل الـتلفظ السـهل ، تقليـل معدل الكلام . تبدأ بتشكيل كل واحدة على حدة ، وبعدها ندمجهما معا. ويجب أن نراعي المبدأ الأساسي في التعليم وهو البدء من السهل إلى الصعب أي نبدأ بكلمـة واحـدة أو كلمتـين . وعنـدما يلفـظ المـتعلم كلمة واحدة دون تأتأة، أطلب منه تلفظ كلمتين .

والتشكيل مطلوب لتحسين طلاقة الفرد فمـثلا إذا أردنـا أن يـتكلم الفـرد بطلاقـة فنبـدأ بشـكل تتـابعي تدريجي فالخطوة الأولى على سبيل المثال هو أن يبدأ بأخذ الشهيق والزفير بيسر ، يحقق ذلـك بسـهولة ، ثم ننتقل إلى تلفظ كلمة واحدة، ويطيل في المقاطع وأصوات العلة ، ثم يقلل بشكل تـدريجي مـن اطالـة المقطع واصوات العلة . وهكذا إلى أن نحقق السلوك المستهدف .

كيف تشكل مهارات الطلاقة

- حدد مستوى الهدف السلوكي للطلاقة مثل (٥%) من عدم الطلاقة خلال الكلام المباشر .

- أختر الاستجابة الأسهل التي يمكن للطفل أن يتدرب عليها كلمات أو مقاطع
- اختر مهارة الطلاقة أولا التي يمكن أن يشكلها (ادارة انسياب الهواء)
- شكل المهارة في أبسط استجابة من حيث المستوى .
- حدد مهارات السلوكات التوسطية التي يمكن أن تشكل (تقليل المعدل، مدخل التلفظ السهل ، ادارة انسياب الهواء اثناء التلفظ).
- شكل المهارات التوسطية .
- شكل مهارات الطلاقة في مجرى الحديث (Hedge &Davis,٢٠٠٥) .

النمذجة (النسخ) (Modeling)

إن كثيراً من التعلم يحدث عن طريق التقليد أو ملاحظة الآخرين، وقد أكد بندورا (Bandura) في نظرية التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory) إن للفرد ميل فطري لتقليد سلوكات الآخرين حتى وإن لم يستلم أي مكافأة (ثواب) فونتانا (Fontana, ١٩٧٧) .

وما انتشار الموضات وأساليب الملبس والمسلك والحديث إلا دليل واضح على التعلم بالمحاكاة أو التقليد.

تؤدي المحاكاة إلى اكتساب سلوكات جديدة أو تعديل سلوكات قديمة نتيجة لملاحظة سلوك الآخرين الذين يشكلون نماذج في نظر المقلدين.

استخدم هذا الأسلوب في تعليم جوانب سلوكية وأكاديمية ومهارية، وكلامية (اضطرابات النطق والصوت والطلاقة)، رايموند (Raymond, ١٩٨٤) .

مثال على ذلك عند معالجة طفل يخاف من الكلب ، يمكن وضعه مع مجموعة من الأطفال لا يخشون الكلب بحيث يكون آخرهم . ويراهم أمامه يلعبون مع الكلب، وعندما يطمئن تماماً نقربه بشكل تدريجي خطوة بعد خطوة إلى أن يكون قريباً من الكلب، وعند التأكد بان الطفل في وضع طبيعي بلا

خوف، يجري تنقيص عدد الأطفال واحداً بعد آخر إلى أن يبقى الطفل لوحده مع الكلب ليقلد أقرانه الآخرين في لعبهم معه. ويمكن أن نعرضه لكلب آخر أكبر منه حجما إلى أن يزال عنه الخوف تماماً.

يتأثر التقليد بعوامل عدة، كالعمر والنضج العقلي، حيث يكون الصغار أكثر تقليداً من الكبار.

كما يتأثر التقليد بجاذبية النموذج، وتوافق القيم والتماثل في بعض الخصائص الشخصية بين الفرد والنموذج. ويتأثر الأطفال بالنماذج الناجحة أكثر من النماذج الفاشلة، فمن غير المنطق أن يقلد طفل ذكي طفلاً متخلفاً.

يقول دافيدوف (١٩٩٢) في هذا السياق أن سرعة الاستجابة لقوة نموذج معين بواسطة الحالة الانفعالية للمتعلم، وأسلوبه في الحياة حيث يبدو أن الإثارة الانفعالية المعتدلة، سواء أكانت خوفاً أو غضباً أو سروراً تؤدي إلى زيادة القابلية للتأثر بالتعلم بالملاحظة (التقليد)، وكذلك بالنسبة لطرز التعليم الأخرى.

كما ينزع الأفراد أكثر إلى تقليد الأساليب السلوكية التي تتفق مع أساليبهم الخاصة في الحياة. إن وظائف التقليد أو النمذجة لا تقتصر على اكتساب سلوكات جديدة لم تكن موجودة من قبل ، أو تعديل السلوك القديم ، بل يمكن تعليم السلوك الاجتماعي الجيد من خلال المراقبة لحالات متنوعة.

كما قد يؤدي التقليد إلى ظهور سلوكات كانت مكبوتة بسبب الخوف أو القلق، إضافة إلى أنه استخدم كثيراً في إطفاء أنواع من القلق والخوف.

ويعد لعب الأدوار أحد مناهج التعلم الاجتماعي. وكان للكاتب دور في ذلك من خلال معالجته لطفل في الصف الرابع الابتدائي وصف بأنه مشكل سلوكياً بشكل كبير جداً، وهذا ما اتفق عليه المعلمون والإدارة إضافة إلى المشاهدة الميدانية للكاتب، لم يقتصر تأثير ذلك السلوك الشائك على الطفل نفسه بل على المعلم والأقران وسير العملية التعليمية. وقد تعذر على المعلمة والإدارة معالجته.

تمثل السلوك الشائك للتلميذ المستهدف الاعتداء على أقرانه، التكلم بدون إذن ومقاطعة المعلمة، الخروج من المقعد، عدم الانتباه.

تلخص العلاج بإعطاء دور نقيض لما هو عليه، حيث طلب الكاتب من المعلمة أن تسأل التلميذ خارج الصف أن يساعدها بشكل سري دون معرفة التلاميذ، وذلك بالجلوس في آخر الصف وتسجيل

الأطفال المشكلين سلوكياً. ويجري اعطاء الأسماء خارج الصـف، وهـي بـدورها تتظـاهر محاسـبة التلاميـذ ولكن بشكل صوري لكي تجعل التلميذ المستهدف ينظر إلى الأمر بجدية، وتشكره كلما قام بذلك.

استمر التدخل في بداية الأمر أسبوعاً بشكل مستمر بواقع درس واحـد في اليـوم ، ثـم أصـبح في الأسبوع الثاني بين يوم وآخر لدرس واحد كذلك .

أظهرت النتائج تغيراً كبيراً في سلوك التلميذ، حيث ابتعد عن السلوكات غير المرغوبة. ولم يقتصر التحسن على التلميذ نفسه وإنما انعكس بشكل ايجابي على سير العملية التعليمية والأقران والمعلم.

تأخذ النمذجة أشـكالاً متعـددة كالنمذجـة الحيـة، النمذجـة المصـورة أو النمذجـة مـن خـلال المشاركة (Ollendick and Cerney, ١٩٨١) :

(أ) النمذجة الحية: هي قيام النموذج بتأدية السلوك المستهدف أمام الشـخص الـذي يريـد تعليمـه ذلـك السلوك.

(ب) النمذجة المصورة أو الرمزية: وهو أن يقوم الشخص المراد تعليمه بمراقبة سلوك النموذج مـن خـلال الأفلام.

(ج) النمذجة من خلال المشاركة: وهو مراقبة النموذج وتأدية سـلوكه المـراد تعليمـه بمسـاعدة المعـززات المرغوبة، والتشجيع إلى أن يؤدي الاستجابة الصحيحة.

ولابد من الإشارة إلى أن أساليب النمذجة تكون مدخلاً عـلى غايـة مـن الأهميـة كاسـتراتيجيات تعليمية فاعلة للمدرس.

النمذجة في معالجة اضطرابات اللغة

تعد النمذجة ضرورية في المراحل الأولى لتعليم اللغة وقواعدها ، حيث يقوم المعالج بالنمذجة ، ويطلب من المتعلم التقليد ، ويمكن أن تعرض صور لأشياء مختلفة في الصورة الواحدة أو من خلال عدة صور ، ويقول المعالج أنا أرى تفاحة واحدة أو تفاحتين أو تفاح ، ثم يطلب من المتعلم أن يقول ذلك .

ومن خلال الصور يمكن تعليمه الفرق بين المفرد والمثنى والجمع عن طريق النمذجة ، وعنـدما تحدث الاستجابة بشكل مستمر ، يتوقف المعالج عن النمذجـة ولكـن بالتـدريج فمـثلا إذا نمـذج المعـالج ثلاث كلمات، يكون التلاشي أولا بكلمتين وبعدها بكلمة واحدة ، ثم بلا أي كلمة وتصبح كالآتي

أنا أرى تفاحة

أنا أرى ....

أنا ....

النمذجة في معالجة النطق

تعد النمذجة من أكثر العلاجات المستخدمة في علاج اضطرابات النطق وذلك من خـلال إعطـاء تعليمات لكيفية إخراج الأصـوات بشـكل صـحيح ، وبعـدها نمـذج الحركـات العضـلية والوضـع والصـوت المستهدف مثل وضعية الفم عند نطق صوت معين، أو طرف اللسان ، أو وضعية الفم مـن حيـث الفـتح والإغلاق ، ثم الطلب من المتعلم أن يقلد الصوت المنمذج مـن قبـل المعـالج ، ويمكـن اسـتخدام الصـوت مسجلا متى كان ذلك ضروريا .

النمذجة في اضطرابات الصوت

يمكن معالجة الكثير من اضـطرابات الصـوت عـن طريـق النمذجـة كطبقـة الصـوت، نوعيتـه ، ارتفاعه ، ورنينه .

وإذا تعذر على المعالج نمذجة الصوت حينئـذ يمكـن الاسـتعانة بشريـط مسـجل. والنمذجـة في معالجة اضطرابات الصوت تكون من خلال قيام المعالج بنمذجة الصوت ، والطلـب مـن المـتعلم تقليـده

مباشرة ، وقد يتطلب الأمر استخدام شريط مسجل. ويفترض أن تؤكد على التقليـد الصـحيح معـززا إيـاه ، وأعطيه التغذية الراجعة ، وكل مساعدة ممكنة لتحقيق الاستجابة الصحيحة المستهدفة ، ويمكن استخدام الاستجابة الصحيحة للمتعلم كنموذج ، وبعد تحقيق الاستجابة المطلوبة ، أطلب منه الإعادة بلا نمذجة .

النمذجة لمعالجة اضطرابات الطلاقة

وتكون المعالجة من خلال التحكم بانسياب الهواء ، التقليل من معـدل الكـلام، مـدخل الـتلفظ السهل للأفراد الذين يتأتئون ، ويمكن أن تبدأ بكل واحدة على حدة ثم تربط بينهم ، فمثلا تبدأ بالشـهيق والزفير قبل نطق كلمة أو كلمتين .

نمذج الشهيق والزفير ثم نضيف تقليل معدل الكلام من خلال الوصف والنمذجة. ويمكن توضيح ذلك من خلال النقاط الآتية :-

- نمذج للمتعلم واطلب منه التقليد مباشرة .
- نمذج كل مهارة خاصة من مهارات الطلاقة بشكل منفرد وخصوصا في بداية العلاج .
- تأكد من إتقان المتعلم للمهارة الأولى قبل الانتقال إلى المهارة الثانية .
- اربط بين المهارتين بشكل متتابع .
- نمذج مهارات الطلاقة من خلال الكلمات ،العبارات ، الجمل .
- ابعد النمذجة عند تحقيق الاستجابة المطلوبة بشكل مستمر .

كيف ننمذج بشكل فاعل

- قرر من ينمذج هل المعالج أو عن طريق المسجل ، وهذا يتعلق بشـكل أسـاسي بقـدرة المعـالج بأن يكون نموذجا سليما، فقد لا يستطيع المعالج من اخراج
- الصوت بشكل صحيح، الأمر الذي يتطلـب اسـتخدام المسـجل، وقـد يتطلـب التـدريب لطفـل بعينه تكرارية كثيرة ، وبالتالي يمكن استخدام المسجل بدل المعالج .
- استخدم استجابات المسترشد الصحيحة كنموذج إذا كانت مقبولة .

- نمذج مرارا في بداية مراحل العلاج لأنها مطلوبة لتحقيق السلوك المستهدف.
- نمذج بشكل متسق ومستمر في البداية حتى تحقيق الاستجابة المطلوبة بشكل مضبوط .
- نمذج بشكل عقلاني بحيث لا تفرط بالنمذجة أكثر من المطلوب ، ولا تستمر إذا تحققت الاستجابة المطلوبة (وعادة ما تكون خمس استجابات صحيحة) .
- أعد عمل النمذجة عندما يفشل المسترشد إعطاءك الاستجابة الصحيحة. إذ يتطلب اعادة النظر بالنمذجة ، ولا تستمر في استدعاء الاستجابات غير الصحيحة .
- استخدم التلاشي بشكل تدريجي لما هو معقد أو طويل ، وابتعد عن التوقف الفجائي .
- نمذج كل استجابة مستهدفة عندما تقدم أول مرة .
- نمذج الاستجابة المستهدفة نفسها عندما تنتقل إلى مستوى أعلى فعندما تنتقل من صوت (س) إلى مقطع.
- قلل من تكرارية النمذجة في المراحل الأخيرة للعلاج . أي عليك تقليل تكرارية النمذجة إلى أقل درجة ممكنة عندما تستقر الاستجابة المستهدفة في الكلام الدارج .
- أسأل المسترشد أن يقلد النموذج بشكل حثيث وفوري .
- عزز الإستجابات المقلدة حتى لو كانت قريبة من الاستجابة الصحيحة.

(Hedge& Davis,٢٠٠٥)

الحث والتلاشي (الإخفاء) (Prompting and Fading)

يتلخص الحث باستخدام التنبيهات التحفيزية بتوجيه انتباه الفرد ومساعدته لانجاز الاستجابة المطلوبة . تشمل التنبيهات التحفيزية الإيماءات، الإشارات، الألفاظ، التلميحات، التعليمات ، التوجيه

الجسدي ، وكل ما يساعد على الاستجابة المستهدفة . ولا تكون هـذه التنبيهـات أو المفـاتيح (Cues) جـزءً من سلوك الفرد، وإنما يقوم بها شخص آخر لمساعدته على أداء الاستجابة الصحيحة .

على سبيل المثال عندما يسأل المعلم تلميـذاً مـا سـؤالاً معينـاً كـأن يكـون كـم مجمـوع ٤ + ٤ وعندما لا يعرف ، أو يتأخر في الإجابة ، يستخدم المعلم إيماءات أو إشـارات أو ألفـاظ لـكي تسـاعده عـلى الإجابة الصحيحة . وعندما لا يستطيع نطق المقطع أو الكلمـة نسـاعده بالحركـة الجسـدية والإشـارة وأي إيماءه تساعده على النطق الصحيح . تتجسد أهمية الحث في المراحل الأولى لمساعدة الفرد عـلى اكتسـاب الاستجابة المستهدفة ، وقد تأخذ وقتاً طويلاً وتكراراً أكثر عندما يكون السلوك المستهدف معقداً.

اما التلاشي (Fading) فهو الإبعاد التدريجي لكل مظاهر المنبهات التحفيزيـة ويكـون ذلـك بعـد حدوث السلوك المستهدف بشكل متواصل فإذا طلب المعلم على سبيل المثال جوابـاً مـن خمسـة أحـرف، وإعانة بثلاثة أحرف لحثـه عـلى الاسـتجابة الصـحيحة. يبـدأ الـتلاشي بإعانتـه بحـرفين، وبعـد التأكـد مـن الاستجابة الصحيحة، يعان بحرف واحد، وهكذا إلى أن يصل إلى الاستجابة المسـتهدفة ، بـلا أي شـكل مـن أشكال المساعدة.

وقد لا تقتصر عملية الحث على نمط واحد من المنبهات التحفيزية .

إذ يمكن استخدام أكثر من واحدة ، كأن تكون إشارة وصوت مهموس أو صوت مهمـوس وإيمـاءة وتوجيـه جسدي، وعندما تكون عملية الحث بثلاثة منبهات يكون التلاشي بالإزالة التدريجية للمنبهات، فيصـار إلى الصوت المهموس والايماءة ، وبعد التأكد من حدوث الاستجابة الصحيحة يصار إلى منبه واحـد كـأن يكـون الايماءة وبعد حدوث الاستجابة بشكل صحيح ، يزال المنبه الأخير.

الحث والتلاشي في علاج اضطرابات اللغة

يستخدم الحث كجزء من النمذجة لتحفيز بناء اللغة ، ويمكن استخدام أسئلة لحث المتعلم ، مثل ماذا ترى؟ ماذا تفعل ؟ ماذا يأكل الطفل ؟ الخ . يمكن أن يكون الحث غير لفظي كالحركات الجسدية أو الإيماءات التي تساعد على تحقيق الإستجابة المطلوبة ، ثم تبدأ عملية التلاشي بعد تحقيق الاستجابة بشكل مستمر .

الحث والتلاشي في علاج اضطرابات النطق

تركز عملية الحث في طياتها هو ابعاد المتعلم عن الفشل والإحباط والأخذ بيده إلى النطق السليم من خلال تسمية الصوت عن طريق الكلمة المألوفة للطفل قائلين إن هذه الكلمة تبدأ بصوت، مركزا على السلوك المستهدف الذي تريد تحقيقه مستخدما الإيماءات والإشارات وكل ما يساعد المتعلم على النطق الصحيح .

وبعد تحقيق الاستجابة بشكل صحيح ومستمر تبدأ عملية التلاشي وهو إبعاد كل المساعدات وبشكل تدريجي .

الحث والتلاشي في علاج اضطرابات الصوت

يكون الحث من خلال نموذج مختصر يظهر خصائص أو نوعية الصوت ، وإعطاء إيماءات يدوية مختلفة للحث على طبقة صوت عالية أو واطئة أو على زيادة أو نقصان الشدة ، ويمكن إعطاء المتعلم حث غير لفظي مثل مسك الأنف ليشير إلى رنين الأنف.

بعد تحقيق الاستجابة المطلوبة ، تبدأ عملية التلاشي من خلال إبعاد جميع المساعدات التي قدمت للمتعلم .

الحث والتلاشي في علاج اضطرابات الطلاقة

حث كل جزء من المهارات الخاصة بشكل منفصل إذ يمكن حث المتعلم بشكل غير لفظي عـن طريق الإيماءات اليدوية للتلميح إلى نقصان معـدل الكـلام . كـما نسـتخدم الحـث غـير اللفظـي للتلمـيح بإدارة إنسياب الهواء بواسطة مسك الأنف أو الصدر .

كما يمكن حث المهارة الأخرى وهي مدخل التلفظ السهل عن طريق مسـك منطقـة الحنجـرة .

بعد التأكد من تحقيق الاستجابة المطلوبة تبدأ عملية التلاشي بشكل تدريجي .

على أية حال يفترض أن يقدم الحث بشكل فوري ، ويكرر في بداية العلاج، وتقلل تدريجيا كلما أصبحت الاستجابة أكثر ثباتا ، كـما يفضـل اسـتخدام الحـث الخفيـف والقصـير بـدلا مـن الحـث الشـديد والطويل ، وكذلك الحث الايحائي اكثر من الحث اللفظي .

التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement)

يعد التعزيز الإيجابي من الأساليب المهمة التي يجب أن يتقنها المعلم بشكل عام ومعلم التربية الخاصة بشكل خاص والمختص في مجال اضطرابات اللغة والكلام .

يهدف التعزيز الايجابي اكساب سلوكات جديدة (تعلم أصوات جديدة لم يستطع الطفـل نطقهـا سـابقا) أو تعديل سلوكات خاطئة كأن نعدل الأصوات التي ينطقها بشـكل خـاطئ، او تعـديل اضـطرابات النطـق كالحذف والتشويه والابدال والإضافة أو تعديل الصوت (طبقته ، ارتفاعه ، نوعيته) .

يمكن أن يستخدم مع التعزيز الايجابي النمذجة والحث والتلاشي التي سبق أن وضـحناها ، كـما أشرنا سابقا إلى أنواع التعزيز ، وكيفية التعزيز ، وكيف يكون التعزيز فاعلا .

ويدخل ضمن التعزيز الايجابي برامج التوفير الرمزي (Token Economy Programmes) وهي عبارة عن اعطاء الفرد معززات رمزية حال حدوث الاستجابة المرغوبة ، كأن تكون كوبونات، بطاقات ، نجوم ، كارتات، عملة معدنية وما إلى ذلك ، ويمكن أن يستبدل المعزز الرمزي بمعززات داعمة (Back up Reinforcers) كطعام، وشراب ولعب، وتذاكر (دخول سينما، مسرح، حديقة) أو نشاطات أخرى كالموسيقى، والرسم، والتمثيل وغيرها.

إن استخدام المعززات الرمزية سيعالج استخدام المعززات الغذائية والنشاطية التي قد تعرقل سير العملية التدريسية. إذ ليس مقبولاً أن نعزز التلميذ، وخاصة في المراحل المتأخرة بمعززات غذائية.

ويمكن إلقاء الضوء بشكل كامل على برامج التوفير الرمزي من جميع جوانبه من خلال ما يأتي:

١- يزود التلاميذ الذين يطبق عليهم البرنامج بمجموعة من التعليمات والقواعد، توضح السلوكات المستهدفة التي ستعزز.

٢- تبين لهم كذلك وسائل استخدام المثيرات التي تسمى الرموز المشروطة بالسلوك المستهدف.

٣- مجموعة من التعليمات في كيفية استبدال الرموز، وذلك من خلال وضع قائمة يظهر فيها عدد النقاط المحصلة والمواد التي يمكن أن يستبدل بها. فقد يحصل الفرد على لعبة سيارة بعشرين نقطة، أو لعبة أكبر بثلاثين نقطة وهكذا.

٤- تقديم المعزز بشكل فوري بعد السلوك المستهدف بدون التأثير في استمرار الاستجابة، إذ أن أي تأخير يقلل من فاعلية التعزيز، الأمر الذي قد يعطل تحقيق الأهداف.

٥- أن يكون التعزيز منتظماً بعيداً عن العشوائية، لأن تعديل السلوك والعشوائية نقيضان، كما يفترض أن يكون التعزيز مقتصراً على السلوك المستهدف لأن استخدام التعزيز خارج نطاق السلوك المستهدف سيقلل من قيمته.

٦- تزويد الفرد بعدد مناسب من الرموز للاستجابة الصحيحة، أو يفترض أن تكون المعززات الممنوحة، تتسم بالعقلانية، فلا يمنح الفرد أعداداً كبيرة يمكن استبدالها بمعززات داعمة كثيرة أو تكون قليلة جداً بحيث لا تمثل شيئاً بالنسبة للمعززات الداعمة.

٧- ولأجل نجاح البرنامج، لابد أن تكون المعززات الداعمة كثيرة ومتنوعة لتلبي رغبات الأفراد ، وخاصة عند تطبيق البرنامج مع مجموعات، ولكي نبعد كذلك حالة الاشباع.

٨- يجب أن يكون الرمز ذا قيمة معروفة لدى المتعلم، كما يكون سهلاً للصرف، وللنقل إلى مكان الاستبدال، كما إنه مناسب لإعمار المتعلمين. وقد يكون استعمال العملات النقدية الحقيقية اكثر فاعلية عند تعليم التلاميذ الرياضيات أو المهارات الاقتصادية.

٩- يمكن استخدام التعزيز الاجتماعي مع الرموز لتحقيق الاستجابة المطلوبة، وقد يكون التعزيز الاجتماعي في البيئة الطبيعية تغذية راجعة ايجابية أكثر من الرموز.

١٠- يفترض أن يكون التعزيز متواصلاً، وخاصة عند اكتساب التلميذ للاستجابة الصحيحة ثم الانتقال التدريجي الى التعزيز المتقطع لتحقيق استمرار السلوك المرغوب.

١١- يتأثر نجاح البرنامج بعدد التلاميذ الذين يخضعون للبرنامج ، عدد المعلمين الذين يطبقون البرنامج، عدد المشاكل المستهدفة، طبيعة المشاكل، مكان وزمان تطبيق البرنامج، القدرة الاقتصادية للمؤسسة التعليمية.

إذ قد يكون البرنامج مع فرد واحد أكثر احتمالاً للنجاح من مجموعة ، فقد لا يستطيع جميع أفراد المجموعة تحقيق السلوك المطلوب ، أو قد يشكل أحدهم ضغطاً نفسياً على بعضهم ، وربما يفسد تلميذ أو تلميذان البرنامج. كما أن البرنامج يحتاج إلى التزام وصبر ودقة من المعلمين. وقد يكون البرنامج مع معلم واحد أوفر حظاً

من معلمين لذلك تصرح أدبيات الموضوع أن برامج تعديل السلوك أكثر نجاحاً عندما تستخدم مع المرحلة الابتدائية قياساً بالمرحلة الاعدادية والثانوية.

لأن عدد المدرسين في المرحلة الثانوية قد يصل إلى (١٢ مدرساً)، كما إن المشكلة الواحدة أوفر حظاً من تعدد المشكلات.

وإن المشكلة البسيطة أسهل للمعالجة من المشكلة المعقدة ، كذلك فإن المؤسسة التعليمية الكبيرة تساعد على نجاح البرنامج أكثر من المكان الضيق لضمانة توفير مكان استبدال المعززات بمعززات داعمة متنوعة . أضف إلى ذلك أن البرنامج يتوقف نجاحه على القدرة الاقتصادية.

١٢- وقد يكون من مساوئ برامج التوفير الرمزي، إنها تؤدي إلى ظهور سلوكات مصطنعة لغرض الحصول على الرمز، وقد يرتبط السلوك المرغوب بوجود الرمز.

إن السلوك المشكل كعدم الانتباه والخروج من المقعد ، والبكاء ، والتدليل ، وعدم المسؤولية، وعدم الاكتراث كلها تؤثر في علاج اضطرابات اللغة ، والنطق والصوت والتأتأة . ويمكن استخدام التوفير الرمزي في علاج اضطرابات اللغة والكلام بشكل مباشر ، أو إطفاء السلوكات التي تعرقل فرص نجاح التدخل العلاجي لهذه الإضطرابات .

الإبعاد المؤقت (Time out)

وهو من الأساليب الذي يهدف إلى تنقيص السلوكات غير المرغوب فيها. يتمثل هذاالأسلوب بإبعاد الطفل عن المكان المرغوب فيه من قبله(أو ابعاده عن التعزيز) لفترة قصيرة تتراوح حول خمس دقائق ، فقد تكون أحيانا دقيقة أو دقيقتين ، وهذا يعتمد على متغيرات منها العمر الزمني ، وطبيعة الخلل الذي يعاني منه ، خصائصه الشخصية .

يشير لويلين (Lewellen) في الظاهر(٢٠٠٨) إلى ثلاثة أنواع من الإبعاد المؤقت

١- الإبعاد لغرض الملاحظة (Observation time out): وهو أن يسحب الفرد من البيئة المعـززة ليوضـع خارج مكان الفعالية أو النشاط ، وراسه أسفل المنضدة، وإزالة كل المـواد التـي يمكـن أن تسـترعي انتباهه ، وإزالة أو تنقيص الضوء . ثم يلاحظ الفرد السلوك المقبول الذي يقوم به أقرانه .

٢- الإقصاء (Exclusion) : ويتلخص بأن يترك الفرد المكان المرغوب فيه

(المكان المعزز) إلى مكان آخر خال من التعزيز داخل الصف ، ولايسمح له مراقبـة أقرانـه ، كـأن يوضـع ستار بينه وبين زملائه لا يسمح بالإتصال البصري .

٣- العزل (Seclusion) : يتلخص هذا الشكل من الإبعاد بأخذ الفرد إلى غرفة معزولة عن أقرانه ليبقى وحده فترة محدودة من الزمن ، على أن تكون خالية من أي شكل من أشكال المعززات . ولابد من الإشارة إلى أن هذا الإجراء يتطلب معرفة خصائص الطفل أولاً قبـل تطبيقـه ، فقـد يكـون الإبعـاد مكافأة للتلميذ المنسحب والمنطوي، والسلبي غير الفعال، والمنفرد عـن الآخـرين، كـما هـو الحـال بالنسبة للفرد المصاب بالتوحد ، كما يجب أن يطبق هذا الإجراء باتساق وانتظام.

ويكون الإجراء الأخير بعد استنفاذ كل الإجراءات الأخرى التي بـاءت بالفشـل للحـد مـن السـلوك الشائك ، ويفضل أخذ موافقة ولي الأمر .

ويفترض أن يعرف التلاميذ أحكام تطبيق هذا الإجراء من خلال توصيتهم بالسلوكات غير المرغوبـة التي يطبق عليها الإجراء. وعلى المعلم أن يتجنب تلاقي العيون عند تطبيق الإبعاد عن المهمة ، كما يجب أن يبعد جميع المعززات عن المكان المعاقب فيه ، ولا يستخدم الابعاد المتقطع إذ يفترض أن يكون الإبعاد في جدول مستمر لكل استجابة غير مرغوب فيها من السلوك المستهدف .

يجرى تقييم سلوك التلميذ خلال المراحل الثلاث، قبل تطبيـق البرنـامج وخلالهـا، وبعـدها لمعرفـة مدى فاعلية أو عدم فاعلية هذا الإجراء.

جدول (١١)

يوضح السلوك قبل الإبعاد وخلاله وبعد الإبعاد

سجل صحيفة الإبعاد (١)

اسم التلميذ ....

المشرف ....

التاريخ ....

الوقت		السلوك		
الدخول	**الخروج**	**قبل الإبعاد**	**خلال الإبعاد**	**بعد الإبعاد**

المصدر: والكر و شيا Walker and Shea, ١٩٨٤, P. ١٠٤

تكلفة الاستجابة (Response Cost)

يظهر من خلال التسمية أن التلميذ سيفقد شيئاً أو سيكلفه السلوك غـير المرغـوب فيـه فقـدان كمية معينة من المعززات.

ويعد من أكثر الأساليب شهرة واستخداماً وخاصة مع الراشـدين. يراهـا سـولزر ومـايير (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧) على أنه سحب كمية من المعززات بشكل مشروط لسلوك غير مرغوب فيه، أو سـحب عدد معين من الرموز أو فرض غرامة، أو قطع من الراتب لسلوك غير مرغوب فيه.

تتخذ تكلفة الاستجابة أحد الأشكال الآتية:

أ- هو أن يعطي الفرد نقاط بشكل غير مشروط في بداية اليوم، أو في بداية الدرس، وبعـدها يفقـد نقـاط عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه والمراد تجنبه.

ب- تستخدم ضمن سياق برامج التوفير الرمزي (Token Economy Programmes)

ج- يعطي كل فرد ضمن المجموعة نقاط للسلوك غير المرغوب فيه والمستهدف تغيره. وستكون المجموعة التي لديها أقل النقاط في النهاية امتيازات محددة.

وقد عدت تكلفة الاستجابة شكلاً من أشكال العقاب، لكنها تختلف عنه إذ إن العقاب يتطلـب استخدام مثير مؤلم لتقليل معدل السلوكات غير المرغوبة، وليس سحب معززات كـما هـو الحـال بالنسـبة لتكلفة الاستجابة، فمثلاً عند عراك أحد التلاميذ تلميذاً آخر. فإنه وفق تكلفة الاسـتجابة قـد يخسرـ عـدد من المعززات، أو يغرم بنقاط، بينما في العقاب قد يصفح، ويكون تأثير الأولى أقل بكثير من تأثير الثانية في النفس وأبعادها في بناء شخصية الفرد. وعندما لا يشترك الطفل مع المعلـم أو مجموعـة مـن الأطفـال في النشيد أو الأغنية أو ما شاكل ذلك عند تطبيق أسلوب التضليل فإن الطفل سيخسر بعض المعززات .

وعند المقارنة بين العقاب وتكلفة الاستجابة، نجد أن نتائج العقاب هو القمع المؤقت للسلوك في أكثر الأحيان، وخصوصاً عندما يستخدم العقاب دون ثواب مع السلوك المرغوب، بينما تؤدي تكلفة الاستجابة إزالة السلوك غير المرغوب فيه وغالباً ما يستمر.

كما أن العقاب لا يقود إلى الاستجابة الصحيحة وإنما يشير إلى واحدة من السلوكات الخاطئة، في حين تقود تكلفة الاستجابة إلى السلوك المرغوب فيه. إن العقاب قد يعرقل عملية التعلم، وقد يخلق بعض السلوكات غير المرغوبة كالغضب والصراخ والأساليب الدفاعية، بينما استخدم أسلوب تكلفة الاستجابة كعلاج للسلوك الأكاديمي السلبي.

وقد يولد العقاب العدوان، أو قد يكون نموذجاً للسلوك العدواني، في حين أن تكلفة الاستجابة تساعد على ضبط النفس، واتخاذ القرارات الذاتية، وتحمل المسؤولية.

ويمكن للعقاب أن يغرس في النفس الصرامة والشدة والصلف، الأمر الذي لا يحدث في تكلفة الاستجابة.

أضف إلى ذلك فإن وقع تكلفة الاستجابة ليس شديداً على النفس كما هو الحال بالنسبة لأسلوب العقاب.

يؤكد هيتج ودافيز (Hedge &Davis ,٢٠٠٥) في هذا الصدد على النقاط الآتية عند تطبيق تكلفة الاستجابة :-

١- يفضل استخدام الربح والخسارة بدلا من الخسارة فقط إذا يربح الفرد المعزز إذا سلك سلوكا مقبولا ، ويخسر المعزز إذا سلك سلوكا غير مقبول.

٢- أعط المعززات أكثر مما تأخذ ، ولكي يحدث ذلك بسط السلوك (الاستجابة) المستهدف ، أو شكله إذا تطلب الأمر ذلك . أي يمكن أن تهيئ فرص النجاح لأخذ المعززات أكثر من فرص الفشل التي تؤدي إلى فقدان المعززات .

٣- اسحب المعززات بشكل فوري ، ويجب أن لا يكون هناك فاصل زمني بين السلوك غير المرغوب فيه وسحب المعززات .

٤- زد من المعززات المسحوبة لكل استجابة غير مقبولة إذا كان ذلك ضروريا.

٥- تجنب حدوث المديونية ، وهذا يعتمد على نباهة المعالج أو المعلم في ابعاد الفرد من أن يكون مديونا .

٦- سيطر على المشاكل العاطفية الكامنة والتي ستظهر عند سحب المعزز الأول، وهذا يتطلب التوقف أو عكس الأحكام لدقائق ، أي يمكن أن تجعل الطفل هو المعالج الذي يأخذ المعزز منه .

يتميز إجراء أسلوب تكلفة الاستجابة بانه يبتعد عن العقاب الجسدي، ولا يستغرق وقتاً طويلاً في تنقيص السلوك غير المرغوب، كذلك سهولته في التطبيق الفوري.

التصحيح المفرط (الزائد) (Overcorrection)

هو إعادة إصلاح ما أفسد نتيجة لسلوك غير مقبول ، لوضع افضل مما كان عليه، فمثلاً عندما يكتب التلميذ على جدار الصف بعض الكلمات فعليه أن ينظف الجدران جميعاً . كذلك عندما يسئ أحد التلاميذ إلى آخر، فيطلب منه أن يعتذر ليس فقط للتلميذ الذي اعتدى عليه وإنما لكل تلاميذ الصف.

يهدف أسلوب التصحيح المفرط إلى:

أ- تقليل أو إطفاء السلوك غير المرغوب فيه.

ب- تربية الفرد على تحمل المسؤولية لأفعاله.

ج- تدريب عملي لتعليم الاستجابة الصحيحة في المواطن التي يسيء الفرد التصرف بها.

يتطلب هذا الأسلوب تطبيقاً مناسباً ومعقولاً، حيث أنه من غير المعقول أن يسأل المعلم التلميذ الذي أفسد منضدته أن يقوم بتنظيف جميع المناضد خلال الدرس.

يفضل أن يطبق هذا الأسلوب مع الأفراد القادرين على فهم أبعاده التربوية، وعدم اتباعه إلى حد الإرهاق لكي لا يفقد قيمة التربوية، وأن تكون فترة التصحيح قصيرة قدر الإمكان وخصوصاً مع صغار السن.

يتسم هذا الإجراء بأنه تعليمي وتربوي وهو أخف وطأة على النفس من العقوبة ومساوئها، وقد يسبب تغييراً سريعاً في السلوك المراد تجنبه.

يتطلب هذا الإجراء كما يشيرإلى ذلك سولزر ومايير (Sulzer and Mayer, ١٩٧٧) إلى أن يكون التطبيق فورياً (إذا كان الجو ملائماً) وبانتظام ، ولا يستخدم التعزيز خلال فترة التصحيح المفرط ، كما لا يكون هناك توقف خلال فترة التصحيح . وأخيراً لابد من الإشارة إلى أن تطبيق هذا الإجراء يكون على السلوك السيئ وإلا قد يشكل أسلوباً تعسفياً عقابياً.

الإطفاء (Extinction)

يستند هذا الأسلوب إلى أن السلوك الذي لا يعزز يضعف، وقد يتوقف نهائياً بعد فترة زمنية معينة . فهو يتركز على تجاهل الاستجابات غير المرغوبة بدون اللجوء إلى استخدام مثيرات منفرة. وهذا لا يعني التوقف عن التعزيز الايجابي بل يعزز السلوك المرغوب فيه في الوقت نفسه.

يتطلب هذا الأسلوب تعيين المنبه المعزز والمسبب للاستجابة غير المرغوبة لإزالته، واختيار الأسلوب المناسب، لأن الأسلوب غير الدقيق قد يحدث ظهور استجابات مختلفة كالعدوان والغضب وهي ما يصفها هيوارد (Heward, et al. ١٩٧٩) العدوان الناتج عن الإطفاء (Extinction Induced Aggression) ، وقد تكون هذه السلوكات موجهة للمعلم (أو المعالج) أو نحو الذات أو نحو الآخرين.

ولكي يكون الاطفاء فاعلاً، يفضل أن يشترك مع المعلم (أو المعالج) من يتفاعل مع الفرد المستهدف (كالوالدين والأقران).

إن هذا الأسلوب يستلزم وقتاً كافياً لإطفاء السـلوك غـير المرغـوب فيـه، فهـو لا يحـدث بشـكل فوري، وقد يزيد الإطفاء، في بعض الأحيـان، السـلوك غـير المرغـوب في البدايـة. ولكـن اسـتمراريته كفيلـة بإطفاء السلوك المستهدف.

يقول والكروشـيا (Walker and Shea, ١٩٨٤) في هـذا الصـدد (يكـون الإطفـاء فـاعلاً إذا اتصـف بالانتظام والاستمرارية).

وفي مجال اضطرابات اللغة والكلام يعد عدم تعاون المسترشد السلوك المستهدف للإطفـاء والسـلوك الـذي يعرقل التدخل العلاجي كالبكاء والتدلل ، والطلب المتكرر للذهاب إلى الحمام أو لرؤية الآباء في الخارج .

يشير هيتج ودافيز (Hedge &Davis ,٢٠٠٤) في هذا الصدد على النقاط الآتية:-

١- ناقش المشكلة وأسلوب الإطفاء مع الوالدين . وعندما يعلم المعالج الوالدين أن يسيطروا ولا يحاولوا الاستجابة للطفل عندما يبكي (إذا لم يكن مريضاً أو متوسخاً أو جائعاًً) لأن استجابتهم لطفلهم قـد لا تؤدي إلى اطفاء البكاء .

٢- جد ما هو الذي يعزز السلوك غير المرغوب فيـه ايجابيـا أو سـلبيا أو كلاهـما ، وقـد يكـون قـد عـزز بشكل مستقل .

٣- أزل المعززات الايجابية للطفل والتي تؤدي إلى السلوك غير المقبول والمتصـلة بأفعالـك بشـكل كامـل وفوري . أي سحب كل أنواع الانتباه من السلوك غير المرغوب فيه . على سبيل المثال إذا اردت اطفاء البكاء من الطفل فعليك ألا تنتبه اليه، لا تداهنه، ولا تحذره ، ودعه كأن لا وجود له.

٤- أزل المعـززات الايجابيـة التـي لا تـرتبط بأفعالـك . فمـثلا أذا كـان الطفـل عـلى الأرض وبـدأ يلعـب بالألعاب ، أو بالصور أو الحقيبة فعليك إزالة كل هذه الأشياء .

٥- أزل المعززات السلبية بشكل كامل وفوري قدر الإمكان . امنع الطفل من ترك مكانه، او المشي حـول أو بعيدا عن مكان المعالجة . لا توقف المعالجة عندما يسأل الطفـل أسـئلة للمقاطعـة، وإنمـا عليـك الاستمرار في المعالجة .

٦- لا تنه اجراء الاطفاء عندما يحدث انفجار الإطفاء، عند البدء بأسلوب الإطفاء كزيادة الاستجابات السلبية كالخوف .

٧- عزز السلوك المرغوب فيه بشكل قوي وفوري . فمثلا عندما يتوقف الطفل من البكاء أو التدلل فعليك الابتسامة للطفل أو حضنه ، ومدحه، ومسح الدموع، ويمكن استخدام المعززات الرمزية .

ولابد من الإشارة إلى أنه لا يمكن استخدام أسلوب الأطفاء مع بعض السلوكات كإيذاء الذات او الآخرين ، أو التدمير أو التخريب ، أو أي شكل من أشكال العدوان المادية .

تجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه

(Ignoring Inappropriate Behaviour and Reinforcement of Incompatible Behaviour)

يتلخص هذا الأسلوب بتجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه. والمثال على ذلك، إن التلميذ غالباً ما يريد جذب انتباه المعلم، وقد يقوم بحركة غير مرغوبة، كأن يتحرك بشكل غير مقبول، أو أي حركة أخرى لأجل جذب الانتباه. إن تجاهل هذا السلوك يؤدي إلى إطفاءه ، ولكن في ذات الوقت يجري تعزيز التلميذ لسلوك مرغوب، وكلما قصر الوقت بين السلوكين كلما كان فاعلاً. ويرى الكاتب أنه ليس بالضرورة أن يكون التعزيز للسلوك المغاير للتلميذ نفسه ، وإنما لواحد آخر وخصوصا القريب منه، ليكون رسالة للتلميذ المستهدف على أن هذا السلوك هو الذي يعزز.

التعزيز التفاضلي للسلوك الآخر

(DRO) (Differential Reinforcement of Other Behavior)

يهدف هذا الأسلوب إلى تنقيص السلوكات الشائكة ، ويتمثل بتعزيز الطفل عندما لا يظهر السلوك غير المرغوب فيه ، لذلك يطلق عليه التعزيز التفاضلي للمعدلات الصفرية للسلوك (Differential Reinforcement of Zero Rates of Behavior) أي

أنك تعزز عند غيـاب السـلوك غـير المقبـول في نهايـة فـترة محـددة ، وهـذا يقـدر بـالنظر إلى متغيرات متعددة كالسلوك المراد تنقيصه ، العمر الزمني للطفل ، سـماته الشخصـية . يمكـن أن يسـتخدم هذا الأسلوب مع طفل بذاته أو مجموعة من الأطفال أو الصف بأكمله ، ولكـن سـبق أن قلنـا أن تطبيـق أساليب تعديل السلوك مع طفل واحد أكثر فاعليه من تطبيقه مع مجموعة . عـلى سـبيل المثـال الخـروج من المقعد ، يمكن للمعلم أو المعالج أن يقرر الفترة الزمنية بعـد عمـل خـط الأسـاس (Baseline) ب (١٠) دقائق . أو يعطي المعلم الطفل الذي يكف عن الاعتداء على الآخـرين لمـدة (١٥) دقيقـة ، وهـذه تحـدد بعد عمل خط الأساس . أو يعطى الطفل الذي لديه تأتأة التعزيـز عنـد مشـاركته أقرانـه في النشـيد لمـدة خمس دقائق أو أقل .

يتميز هذا الأسلوب بسهولة تطبيقه من قبل المعلـم أو المـدرب أو حتـى ولي الأمـر، كـما يمكـن تقسيم الفترة الزمنية لغياب السلوك غير المرغوب فيه بشكل تدريجي فإذا كان الهدف هـو بقـاء التلميـذ في مقعده لمدة (٢٠) دقيقة فإننا يمكن أن نبدأ بخمس دقائق وبعد تحقيقها ، نزيد الفترة إلى عشر دقـائق أو أقل ، وهذا يعتمد على المتغيرات التي ذكرت سابقا ، وعندما نحقق ذلك نزيد الفترة الزمنية وهكذا إلى أن نحقق السلوك المستهدف وهو بقاء الطفل في مقعدة لمدة (٢٠) دقيقة .

ولكن لنفرض ان الطفل قام بسلوكات أخرى غـير مرغـوب فيهـا كالصراخ الشـديد مـع التزامـه بالبقاء في المقعد ، ويمكن للمعلم أن يحجب التعزيز عنه لفترة معينة يقـدرها أو يـنقص مـن التعزيـز إذا كان ماديا أو غذائيا ، أو يجرب تجاهله إذا كان غير مؤثر في بقية التلاميذ .

التعزيز التفاضلي للسلوك ذي المعدل الواطئ

(DRL) (Differential Reinforcement of Lower Rates of Behavior)

ويتلخص هذا الأسلوب بتعزيز الطفل عندما يقلل من السلوك غـير المرغـوب فيـه لأقـل معـدل ممكن . فالطفل الذي اعتاد الخطأ مرات عديدة في الحصة يكافأ عندما يقل

معدل أخطاؤه عن الوسط الحسابي لخط الأساس ، أو يعزز الطفل الذي يقلل من الاعتداء على الآخرين من عشر مرات إلى خمس مرات، وكذلك يعزز الطفل الذي يقلل من عدد المرات التي يحذف فيها الحروف أو يبدلها ، أو يتأتأ فيها .

التعزيز التفاضلي للسلوك البديل

Differential Reinforcement of Alternative Behavior(DRA)

ويتلخص هذا الأسلوب بتعزيز الطفل للسلوك البديل غير السلوك غير المرغوب فيه ، وليس بالضرورة أن يكون السلوك نقيضا للسلوك غير المرغوب فيه . فمثلا عندما يظهر الطفل سلوكا مزعجا بسبب قصوره في الجانب الأكاديمي أو نقص في المهارات الاجتماعية ، فيمكن في هذه الحالة أن يكون السلوك المستهدف هو تحسينة في القراءة أو الكتابة أو مهارات التكيف الاجتماعي، والتي يمكن أن يتمتع بها الطفل أكثر من السلوك المزعج .

ارشادات عامة لتنقيص السلوكات غير المرغوب فيها

- استخدم الأطفاء عندما لا يؤذي السلوك غير المرغوب فيه الذات أو الآخرين والذي يتطلب التدخل لكف ذلك السلوك ، فعندما يسلك الطفل سلوكا غير مقبول يريد منه انتباه المعلمة ، ولا يؤثر في بقية الأطفال ، يمكن استخدام أسلوب الإطفاء دون بقية الأساليب الأخرى .
- استخدم الإجراءات التي تساعدك على منع أو كف السلوك غير المرغوب فيه من خلال نمذجة الإستجابة الصحيحة حتى تثبيتها مستخدما التعزيز والحث .
- اجعل الصورة واضحة بالنسبة للطفل من خلال توضيح السلوك المرغوب فيه والمراد زيادته ، وغير المرغوب فيه والمراد تنقيصه ، مثلا تشويه نطق صوت معين يعد مشكلة في النطق يتطلب تنقيصه ، ونطق الصوت بشكل صحيح يعد مهارة نطقية مستحسنة يراد زيادتها وتثبيتها .

- استخدم التعزيز التفاضلي بأنواعه الأربعة لتنقيص السلوك غير المرغوب فيـه، والمعـالج يختـار أي الأساليب أكثر امكانية للتطبيق وفق متغيرات عـدة كـالعمر الزمنـي ، خصـائص الطفـل ، السـلوك المراد تغييره ، تكرارية السـلوك غـير المرغـوب فيـه ..... الـخ . فمـثلا يمكـن أن يسـتخدم التعزيـز التفاضلي للسلوك المغاير في معالجة مشكلة الخروج من المقعد ، إذ يمكن وضـع أهـداف سـلوكية متدرجة للبقاء في المقعد . والطفل الذي يعتدي كثيرا يمكن اتباع التعزيز التفاضلي للسـلوك الآخـر لتقليل أو أطفاء السلوك العدواني وهكذا .

- استخدم أساليب مختلفة لتقليل الاستجابات غـير المرغـوب فيهـا . ففـي الجلسـة الواحـدة يمكـن استخدام التعزيـز السـلبي مـن خـلال كلمـة (لا) بقـوة أو تكلفـة الاسـتجابة أو الإبعـاد المؤقـت . وبالمقابل استخدم تعزيزات متنوعة للاستجابات المرغوب فيـه (السـلوكات المسـتهدفة) للتقليـل من حالة الإشباع .

- اسـتغل اسـتجابات المقاطعـة أو التـدخل لتعزيـز الاسـتجابات الصـحيحة فمـثلا إذا تـرك الطفـل مقعده،وذهب ليشخبط على السبورة، يمكن استغلالهامن خلال اعطاؤه فرصـة للرسـم أو الكتابـة لبعض الوقت،مقابل جلوسه لوقت معين في مقعده.

- سهل المهارات المستهدفة لتقلل قدر الإمكـان مـن الهـروب مـن الجلسـة العلاجيـة. عنـدما يشـعر الطفل أن المهمة صعبة يحاول الهروب إما من خلال الزحف تحت المقعد أو ترك مقعده، أو ينظر بعيدا عن المعالج، لذلك يمكن للمعالج أن يشكل السلوك المستهدف على شكل خطـوات تتناسـب مع الطفل .

- استخدم مثير قوي ، فجائي لأنهاء أو منع السلوك غير المرغوب فيه .

- استمر في تطبيق الإجراء المستخدم لتقليل أو اطفاء السلوك غير المرغوب فيه ، لأن حالة التذبـذب يفقد الإجراء فاعليته .

- استجب إلى السلوك غير المرغوب فيه بشكل فـوري ، ولا تـردد أو تنتظـر ، أو تبطـئ في الإسـتجابة لكي تكون فاعلا في التحكم بنتائج السلوك .

- لا تسمح للطفل من الهروب من الإجراء المتبع في تنقيص السلوك غير المرغوب فيه قدر الإمكان .
- طبق الإجراء المتبع لتنقيص السلوك غير المرغوب فيه في حالة ظهور أي علامة لحدوث ذلك ، ولا تنتظر إلى أن يكمل الطفل السلوك غير المرغوب فيه . فمثلا إذا أراد الطفل ترك الكرسي فيفترض أن تنهره بقول لا قبل أن يتم ذلك .
- افصل بين الإجراءات لتنقيص الإستجابات غير المرغوب فيها ، من الاستجابات المرغوب فيها والمعززة . فعندما يسلك الطفل سلوكا غير مرغوب فيه ، وتقول له خطأ ، ومباشرة تبتسم أو تحضنه فكأنك كافئت السلوك غير المرغوب فيه ، لذلك عليك أن تجعل هناك فاصلا بين الإجراء المتبع لتنقيص السلوك وتعزيز الاستجابة المقبولة .
- قلل قدر الإمكان من فترة تطبيق إجراء تنقيص السلوك غير المرغوب فيه . فعندما تستخدم اجراء الإبعاد الموقت حاول أن تقلل من الفترة الزمنية قدر الإمكان .
- ابعد المعززات التي يمكن ان تؤدي إلى حدوث السلوك غير المرغوب فيه . فمثلا بدلا من أن توبخ الطفل كلما ذهب إلى حقيبتك الموضوعة على المنضدة ، ابعدها عنه بحيث لا يستطيع الوصول اليها .
- اعرض على الطفل نتائج معززة أكثر من نتائج تنقيص السلوك، ففي الجلسات العلاجية كن مرحا ومبتسما أكثر من أن تكون متجهما أو عبوسا . أي بعبارة أخرى عليك أن تعطي المعززات أكثر مما تأخذ خلال تطبيقك الاجراء لتنقيص السلوك غير المرغوب فيه كتكلفة الاستجابة (Hedge & Davis ٢٠٠٥.,)

الفصل التاسع

الإرشاد

ماهية الارشاد والتوجيه

الارشاد فن وعلم

أغراض الإرشاد في اضطرابات اللغة والكلام

العلاقة الارشادية واضطرابات اللغة والكلام

الكفايات الارشادية

المتغيرات المؤثرة في العلاقة الإرشادية

نظريات الإرشاد

الفرق في ارشاد الأطفال والمراهقين

ماهية الإرشاد والتوجيه

ابتداءً لابد من القول أن هناك ارتباطا بين الإرشاد والتوجية إذ يكون التوجيه سابقا للإرشاد ، وقد يكون الإرشاد الجانب الاجرائي للتوجيه .

يكون التوجيه أكثر عمومية وشمولية من الإرشاد، كما أنه في الغالب يكون جماعيا بينما الإرشاد يكون فرديا ، كما يطغي على التوجيه الجانب النظري .

يتعلق التوجيه بإعطاء المعلومات المتنوعة والملائمة لتنمية الشعور بالمسؤولية وفهم الامكانيات والقدرات والرغبات الحقيقية لإتخاذ القرار المناسب على سبيل المثال يمكن أن يوجه الموجه الطلبة لإتخاذ القرار المناسب لأختيار الكلية المناسبة بعد تزويدهم بالتخصصات المتوفرة وحاجة السوق المحلي، ومحتويات المقررات الدراسية لكي يكون الطلبة صورة واضحة، وهل هذه المقررات تتماشى مع ميولهم ورغباتهم، إضافة إلى تعريفهم بالأماكن التي يمكن أن يتعينوا فيها .

وبما أن العمل في مجال اضطرابات اللغة والكلام يكون في الغالب فرديا لذلك سيكون التركيز في هذا الفصل على الإرشاد .

إنّ لفظة ارشاد استخدمت بشكل كبير جدا في مختلف الميادين ، واللفظة التي تليها هي التي تحدد المجال الارشادي كالارشاد الجيني ، والإرشاد التربوي ، والإرشاد الزواجي، والإرشاد الديني، والإرشاد النفسي وغيرها . واي مجال من هذه المجالات يتطلب مختصا دقيقاً ليكون فاعلا في إرشاده . ولا يرتبط الإرشاد بعمر معين إذ يمكن أن يجرى مع أي عمر زمني كالأطفال ، المراهقين، الراشدين ، وكبار السن (في مرحلة الشيخوخة) .

إن دراسة الإرشاد ومهاراته ستمكن المختص من تطوير فهم أعمق للناس، ومشاكلهم وكيفية التعاطي معها . كما يمكنه من فهم أعمق لنفسه ومشاكله وكيفية التعامل معها. ويتعلم من خلال الإرشاد كذلك المهارات الإرشادية في كيفية إدارة

التحديات التي تواجهه في التفاعل مع الأسر ، الأصدقاء والعاملين ، وكيفية مساعدة الآخـرين في استيعاب تقلبات الحياة وتحدياتها.

وقد عرف الإرشاد تعريفات كثيرة منها على سبيل المثال تعريف كاتل وداوني (Cattle&Downie) في (Gibson & Mitchell,١٩٨٦) بأنها العملية التي مـن خلالهـا يقـوم المرشـد بمسـاعدة المسترشـد عـلى أن يواجه ويفهم ويتقبل المعلومات عن نفسه ، ويتفاعل مع الآخرين لكي يتمكن من اتخاذ قرارات فاعلة في مختلف جوانب الحياة. ويشير زهران(١٩٩٨) إلى أنها عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لـيفهم ذاتـه ويدرس شخصيته ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمي امكانياته، ويحـل مشـكلاته في ضـوء معرفتـه ورغبته وتعليمه وتدريبه لـكي يصـل إلى تحديـد وتحقيـق أهدافـه والصـحة النفسـية والتوافـق شخصـيا وتربويا ومهنيا. يتسم التعريفات السابقان بالعمومية ليغطي مختلف التخصصات.

أمـــا في مجـــال تخصـــص الســـمع واللغـــة والكـــلام فيشـــير فـــلاشر وفوجـــل (Flasher & Fogle ,٢٠٠٤) إلى أن الإرشاد علم اجتماعي تطبيقي ومساعد في إقامة علاقات شخصية ومن خلالها يستطيع المختص مساعدة الأفراد وأسرهم فهم السمع والتواصل واضطرابات البلع وطرق الوقايـة وإدارة المشكلات والتوافق معها ومواجهة هذه الإضطرابات.

يحاول المرشد مساعدة الأطفال والمسترشـدين والمـرضى وأسرهـم أن يفهمـوا طـرق الوقايـة مـن الاضطراب على سبيل المثال مسـاعدة الأطفـال والراشـدين عـلى المحافظـة عـلى قـدراتهم السـمعية دون حدوث المزيد من الخسران ، كما يعلمون كيـف يكونـون مسـتمعين جيـدين في بدايـة حـدوث الخلـل في الطلاقة ليمنعوا حدوث التأتأة ، وكيف يتعاملون مع هذه الحالـة لـكي يمنعـوا تفاقمهـا. ويحـاول المرشـد مسـاعدة الأفـراد الـذين يعـانون مـن اضـطرابات سـمعية لغويـة كلاميـة في كيفيـة التعامـل مـع هـذه الاضطرابات من خلال فهم العوامل الشخصية والبيئية التي تدفعهم وتحسن من حالهم .

والارشاد بشكل عام عملية مبنية على علاقة مهنية بين شخص محترف يطلق عليه المرشد وبين شخص آخر يحتاج المساعدة ويطلق عليه المسترشد . تعددت التعريفات في هذا المجال، ولكن معظمها يركز على ارشاد الفرد لفهم امكانياته وقدراته واستعداداته، وسماته الشخصية واستغلالها في حل المشكلات التي يعاني منها، مما يؤدي إلى تحقيق ذاته، يتم ذلك من خلال تحديد الأهداف مع الفرد نفسه أو من يكون مسوؤلا عنه بالدرجة الأساس إذا كان غير قادر على القيام بذلك مع المرشد ، ووضع الخطط الكفيلة اللازمة لتحقيق تلك الأهداف .

ويفترض أن يفهم المرشد فروعاً أخرى غير علم النفس الإرشادي لتساعده في عملية التعرف والتقييم فمن خلال معرفته بعلم النفس التطوري يستطيع أن يؤشر على ما هو طبيعي وسوي وغير سوي فمثلا يفترض أن يكتسب الطفل في سنته الأولى الكلمة الواحدة ، وإذا تخلف عن ذلك فهذا مؤشر عن تأخر لغوي في تطور الطفل . وان يكون له كذلك إلمام بعلم النفس الشواذ ليتعرف على الأمراض العصابية والذهنية التي تؤثر في التطور اللغوي والكلامي . كما يفترض أن يكون له معرفة بعلم النفس الاجتماعي لكي يتعرف على التفاعل والتواصل الاجتماعي، وضرورة أن يكون الفرد ضمن المجموعة العمرية له لكي يحقق التكيف الاجتماعي ، وإذا لم يحقق ذلك فإنه يؤثر بشكل أو بآخر في التطور اللغوي والكلامي .

إنّ مهمة المختص اللغوي والكلامي ليست مقتصرة على التقييم والتدخل ولكن المساندة والإرشاد وتهيئة الظروف الموضوعية الكفيلة بالنهوض بالفرد . وعملية الإرشاد لا تقتصر على الفرد نفسه وإنما تمتد لكل من يتعامل معه كالآباء والمعلمين ومن يقدم الخدمات المتعلقة بهذا الاضطراب .

ويفترض أن تركز العملية الإرشادية على الفرد اكثر من تركيزها على الإضطراب، فنحن لا نصـمم وننفذ من أجل الإضطراب اللغوي ، بل الأهم كيف نلبي حاجات الفـرد الفريـدة. لـذلك هنـاك فـرق بـين مصطلح طفل مع اضطرابات لغوية (Child with Language Disorders) وإضطراب لغة الطفل (Language Disorders Child)،

والمصطلح الأول أفضل من المصطلح الثاني لأن الأول يركـز عـلى الفـرد بيـنما يركـز الثـاني عـلى الإضطراب .

يتطلب العمل مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في التواصل التعاون الوثيق بين المعالج والأسرة والأشخاص الذين يتعاملون معهم، لذلك يسعى المعالج على إشراك أفراد الأسرة في صياغة الأهداف وإختيار المهمات، والعمل على تجاوز التحديات التي تواجههم .

الإرشاد فن وعلم

تعد عملية الإرشاد فن وعلم ، والارشاد كفن يتطلب

- خصائص شخصية : وهي مهمة جدا للفاعلية العامة كمرشد .
- مهارات مساعدة والتي من شأنها ضمان علاقة فاعلة ومثمرة بين المرشد والمسترشد.
- كما يتطلب درجة علمية ملائمة للتعامل مع المسترشدين وفق متغيرات متعددة كالعمر والجنس والثقافة ، واختلاف المشكلات في نوعها وشدتها .

وقد وصف نيستول (Nystul ,١٩٩٣) الارشاد كفن في مرونة المرشد والخلق والابداع في العلاج .

وقد أشار كراو (Crowe ,١٩٩٧) إلى الخصائص الشخصية التي ذكرتها الجمعية النفسية الأمريكية التي يجب توفرها لنجاح المرشد وهي :-

- داهية واسع الحيلة(Resourcefulness)
- متعدد المواهب (مرن)(Versatality)
- محب للاستطلاع (Curiosity)
- محترم لكرامة الآخرين
- واعٍ لسماته الشخصية .
- مرح (فكاهي)(Humor)

- له قدرة على التحمل (Tolerance)
- القدرة على التعامل مع الآخرين بحرارة .
- مثابر في العمل (Industry)
- متحمل للمسؤولية (responsibility)
- يتسم بالنزاهة والاستقامة (Integrity)
- يتسم بالثبات (Stability)
- يتسم بالأخلاق (آداب المهنة) (Ethics)

أما مهارات المساعدة المرغوب فيها بالنسبة للمرشد فهي :-

- المهارات اللفظية وغير اللفظية التي يمكن أن تستخدم لمساعدة المسترشد ليحدد ويعدل السلوكات غير المرغوبة ، ويميز ويحل الانفعالات التي تحد من التقدم العلاجي .
- مهارات الاستماع ، التوجيه المباشر وغير المباشر ، التجاوب ، التلخيص، المواجهة ، التفسير ، والإخبار ، وهذه المهارات تساعد على فهم المسترشد لنفسه .
- الصمت تعد من المهارات المساعدة لتجاوب المسترشد للبوح عما يجول في خاطره .
- عمل عقد مع المسترشد وهو أحد الأساليب التي تساعده على التوصل إلى حل المشكلة أو اتخاذ القرارات المناسبة .

إن مهارات المساعدة أو المساندة تخفف وتريح من الأزمات والمشكلات التي يعاني منها المسترشدون .

الإرشاد كعلم : يتطلب الإرشاد كعلم تطبيق عملية علمية معتمدة مساعدة على اقامة علاقة قائمة على الثقة والاحترام .

تتكون العملية العلمية من :-

- الملاحظة
- عرض فرضيات مسبقة
- رسم التدخلات
- تشكيل الفرضيات
- اختبار الفرضيات
- تأسيس نظريات

والفرضـــيات هـــي التـــي تشـــكل الأســـس التـــي توصـــله إلى اختيـــار التـــدريب المناســـب وتطبيق الخصائص الشخصية، ومهارات المساعدة، وتكييف الارشاد، والابداع، (Crowe ,١٩٩٧) .

أغراض الإرشاد في اضطرابات اللغة والكلام

١- جمع ونقل المعلومات مثل اجراء المقابلة وتقديم المعلومات التشخيصية .

٢- منع اضطرابات التواصل من التردي ، مثل تعليم الآباء كيف يستمعون إلى طفلهم الذي هـو في وضع خطر من التأتأة .

٣- مساعدة المسترشدين التواؤم انفعاليا مع اضطراباتهم ومقاومة السلوك الدفاعي كردة فعل لإضطراباتهم ، مثل مساعدة الطفل الذي صلحت له سقف الحلق أن يقبل مظهره ، ويلتفت إلى جوانب أخرى جميلة لدية .

٤- مساعدة ومساندة الأسرة والأفراد المهمين في حياة الطفل من التعامل السليم مع اضطرابه، مثل مساعدة الآباء المصاب أطفالهم بإصابة الدماغ التعامل مع السلوكات الجديدة والصعبة .

٥- مساعدة المسترشدين من تصحيح اضطراب التواصل من خلال تعليمهم اتخـاذ القـرارات، وحـل المشـكلات ، وتحقيـق مسـتوى عـال مـن الدافعيـة في العـلاج. مثـل مسـاعدة المـرضى المصـابين بالجلطة الدماغية أن يميزوا قدراتهم ويقدروا التقدم الذي يحدث لهم حتى لو كان بسيطاً .

٦- تهيئة بيئة علاجية للمسترشدين تبعث على التفائل للتغيير والتقدم في تفكيرهم، ومشاعرهم وسلوكهم . مثل مساعدة الأسرة على ادراك الأثر السلبي لتوبيخهم ونقدهم للمسترشد كأسلوب غير فاعل ، ويمنعهم من العمل بشكل مثمر .

٧- ساعد المسترشد على تطوير التعزيز الذاتي لسلوكاته ويواكب الاستراتيجيات المهمة للنجاح، وتعميم نتائج العلاج، مثل مساعدة المسترشدين ليدركوا تقدمهم والطرق التي يمكن أن يستمروا بها لمساعدة انفسهم (Flasher& Fogle,٢٠٠٥) .

العلاقات الإرشادية واضطرابات اللغة

هناك ثلاث علاقات رئيسية تؤحذ بنظر الإعتبار عند العمل مع الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغوية هي :-

- العلاقة مع الآباء .
- العلاقة مع الطفل .
- العلاقة مع المعلم .

ويمكن أن نشرك آخرين مثل الأخوان والأقران والناس القريبين من الطفل في الأسرة الممتدة .

ارشاد الآباء

يرى رولن (Rollin,٢٠٠٠) أن الأطفال لا يدركون أن لديهم اضطرابات لغوية حتى سن السادسة أو السابعة، لذلك فإن معظم الأنشطة الإرشادية لما قبل هذا العمر يتركز بشكل أساسي على الآباء، لذلك يعد النموذج التعاملي (Transactional Model) الذي اقترحه(Yoder &Warren,١٩٩٣) والذي يركز فيه على العلاقة بين سلوك الآباء وسلوك الأبناء .

إن التأخر في التطور اللغوي للطفل يمكن أن يؤثر بشكل سلبي في دينامية التفاعل، ويقلـل مـن امكانيات التعلم وفق السياق الاجتماعي. وربما لا يستجيب الأطفال الذين يعـانون مـن صـعوبات لغويـة إلى آبائهم ومدخلاتهم اللغوية ، وهذا ما يسبب قصورا في التفاعل والمبادرات التي يقدم عليها الآبـاء مـما يؤدي إلى فرص قليلة للطفل لتطـوير لغتـه بمـا يتناسـب مـع عمـره الزمنـي الأمـر الـذي تفقـده الكفـاءة الاجتماعية المطلوبة كأقرانه الآخرين .

لذلك يأتي دور الإرشاد في توعية الآباء لدورهم الكبير في تطوير لغة أبنائهم، ومساعدتهم في كيفية التعامل الفاعل معهم لتحسين لغتهم وكفاءتهم الاجتماعية .

إن هذا النوع من الإرشاد يكون مدخلا تدريبيا فاعلا في البيئة المنزلية التي يعيش فيها الطفل والذي يقضي جل وقته فيها .

وهناك عدد من المهارات والاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها المختص الكلامي اللغوي لدفع العمل بشكل فاعل مع الآباء .

الإستراتيجية الأولى : اجعل الآباء شركاء مماثلون في العملية الإرشادية .

إنّ الآباء لديهم معلومات على غاية من الأهمية من نقاط القوة والضعف لدى أبنائهم . كما أن المختص اللغوي الكلامي لديه معلومات دقيقة ومتخصصة في التطور اللغوي للطفل وأساليب التدخل العلاجي .

إن العمل المشترك بين هذين الخبيرين يمكن أن يؤدي إلى بناء برنامج مفيد وفاعل لنتائج تعلم ايجابية للطفل .

يشارك أولياء أمور الأطفال المضطربين لغوياً أبنائهم في نعوتهم وأخطائهم الاجتماعية. وتزويد الآباء بفرص كاملة للمشاركة في تصميم وتنفيذ برنامج تدخل ملائم، يمكن أن يغير ردود أفعالهم من السلبية إلى الدعم والمساندة ، ويمكن أن يقوموا بالدفاع عنهم .

الاستراتيجية الثانية : التخلي عن دور الخبير .

العلاقات الإرشادية الفاعلة مع الأسر ليست مجرد حديث عابر ، وإنما يتطلب وقتاً لبناء الثقة والانسجام الضروري لتحقيق التعاون المثمر . وفي بعض الأحيان يمكن أن تتدخل

الأسر في خصوصية المختص اللغوي الكلامي، ويمكن أن تطرح الأسرة أسئلة لا يستطيع الإجابة عنها، وعليه ان يتخلى عن دور الخبير ويجيب أنا لا أعرف الجواب، ولكن بالتأكيد سأزودكم بالجواب في اللقاء المقبل . (Murphy,٢٠٠٣)

الإستراتيجية الثالثة : استخدم أساليب مقابلة فاعلة لتجمع وتشارك المعلومات.

يتفق جميع المختصين في اللغة والكلام على أن المعلومات التي تؤخذ من الآباء مهمـة جـدا لبنـاء برنـامج تدخل (Shipley & Roseberry-McKibbin, ٢٠٠٦). ويتطلب ذلك مهارات يجـب أن يتقنهـا ليجعـل الطفـل وأسرته في إرتياح للإستفادة منها في عملية التدخل مثل :-

- استخدام أسئلة مفتوحة مغلقة (Open Ended Questions) من خلال طرح السؤال وإعطاءه خيارات .
- قد يكون الصمت فاعلا لفسح المجال أمام الوالدين للتعبيرعما يحتدم في صدورهم .
- ابدي الإهتمام المطلوب من خلال تلاقي العيون .
- أبدأ بداية سهلة وتجنب المواضيع الصعبة ، ويمكن التدرج بالصعوبة إذا تطلب الأمر ذلك .
- كن مهيئا للتعامل مع الإنفعالات (الشعور بالذنب ، الغضب ، البكاء، الإحباط، الخوف ، التعب والارهاق. وقد تكون هذه الانفعالات تعبر عن الاهتمام الكبير الذي يبديه الآباء والتي يتطلب تجاوبا سليما لكي يثقوا بك .
- حاول أن تشاركهم هذه المشاعر ، لكي تبني جسورا من القبول ، وتزرع الثقـة فـيهم مـما يـؤدي إلى التجاوب الحثيث الذي يساعد بشكل مثمر على تحقيق الأهداف العلاجية .

إرشاد الطفل

إن اللغة هي الوسيلة الأولى التي تربط الأطفال ببيئتهم، والتأخر في التطور اللغوي له أثر سلبي كبير في قدرتهم على التفاعل ضمن السياق الاجتماعي .

لذلك فإن القصور اللغوي سيؤثر بشكل سلبي في الجانب الاجتماعي مما يؤدي إلى نظرة دونيـة للـذات لا ترقى أن تكون بمستوى أقرانهم الآخرين الذين لا يعانون من الاضطرابات اللغوية .

إنّ هؤلاء الأطفال يواجهون صـعوبات في إقامـة علاقـات متماثلـة مـع أقـرانهم، وقـد يواجهـون كذلك رفضا من أقرانهم قد يكـون صريحـاً أو مسـتتراً. ويكـون هـؤلاء الأطفـال معرضـين لمشـاكل تربويـة وإجتماعية .

ومن هنا يكون دور المختص اللغوي الكلامي كبـيراً في بنـاء علاقـة مبنيـة عـلى الثقـة والاحـترام والانسجام ليدخل الإرشاد في العملية العلاجية .

وقد تكون الصعوبات اللغوية ناتجة عن الإصابة في الدماغ وخصوصا عند المراهقين الكبار ، وفي هذه الحالة لايحتـاجون فقـط إلى الفنيـات العلاجيـة لإدارة التحـديات التواصـلية التـي تـواجههم ، وإنمـا يحتاجون إلى جهد كبير في كيفية التعامل مع مشاعر الحزن والإحباط والفقدان والشعور بالـذنب المـرتبط بالحادثة ونتائجها .

ويسعى المختص اللغوي الكلامي إلى مشاركة الطفل في وضع الأهداف العلاجية إذا كان متمكنا من ذلك، ونفسح له المجال للإختيار ، فمثلا عندما نريـد القـراءة ، نطـرح لـه اسـتراتيجيتين، ونطلـب منـه اختيار ما يرغب كالقراءة في كارتات أو قراءة قصة.

إرشاد المعلمين

إنّ الأطفال في مرحلة المدرسة وما قبل المدرسة يقضون وقتا ليس قصيرا تحت إشراف معلمين. وتوفر المدرسة فرصاً فريدة للتطور اللغوي من خلال تعليم القراءة والكتابة وآداب اللغة. ويمكن تزويد المعلمين بمعلومات في كيفية دفع الأطفال، واستخدام اللغة في اطار الصف .

يرى رولن (Rollin,٢٠٠٠) ان الطريقة التي ينظر فيها إلى الطفل مهمة جدا لإدراك المهارات التواصلية للطفل . إن هذا الإدراك يؤدي إلى التنبؤ بالصورة التي سيكون عليها الطفل في المهارات الأكاديمية . في كثير من الحالات يكون حجم الإرشاد بين المختصين في الجانب اللغوي الكلامي والمعلمين تقع في الأعمدة الرئيسية المشتركة ، ويمكن للمختص اللغوي الكلامي تزويد المعلمين بخلفية غنية من المعلومات التي تساعدهم في كيفية التعامل السليم مراعين الصعوبات التي يعاني منها الأطفال الأمر الذي يجعلهم يقدمون التسهيلات الممكنة لتطوير المهارات اللغوية . كما يأخذ المعلم هذه المعلومات بنظر الإعتبار ليلاحظ الطفل كيف يتعامل مع أقرانه، وكيف يكون تعليمه ضمن مجموعة صغيرة أو كبيرة ، وكيف يسير في تعلمه للمهارات الجديدة في الأطار التربوي .

ولابد من الإشارة إلى أنّ الارشاد مع الوالدين قد يؤدي إلى مد الجسور بينهم وبين المعلمين مما يرجع بالفائدة على الأطفال .

الكفايات الإرشادية:

إن نجاح العملية الإرشادية ترتبط بدرجة كبيرة بكفايات المختص اللغوي والكلامي الذي يقوم بدور المرشد وسماته الشخصية ومهاراته المهنية والتدريب العملي.

والكفاية تتمثل بمعرفة الأساليب الإرشادية وكيفية تطبيقها وفقا للزمان والمكان لتحقيق الأهداف المبتغاة .ويعرف هاكني وكورميير (Hackney & Cormier ,٢٠٠٥) الكفاية بإنها القدرة على بناء علاقة ارشادية مع المسترشد تتميز بالصدق والانسجام لتعديل سلوكه، ومساعدته على اتخاذ القرار المناسب .

أما لازاروس (Lazarus) فيرى الكفاية بأنها القدرة على تقييم المسترشد وتقديم الأسلوب العلاجي المناسب له (Jones & Nelson,٢٠٠٥) .

إن تطور الكفاية الإرشادية من وجهة نظرالمشرفين تمر بمستويات أربعة هي :-

المستوى الأول : استيعاب المرشد الكفايات المعرفية الأساسية والقدرة على أدائها .

المستوى الثاني : توظيف المعرفة والمهارة بشكل فاعل .

المستوى الثالث : التركيز على الجودة من خلال تحسين الكفايات المهنية .

المستوى الرابع : المهارات المتقدمة معرفيا ومهنيا نتيجة للممارسة والخبرة (Bradley & Ladany ,٢٠٠٠) .

تستند الكفايات الإرشادية بشكل كبير جدا على مدى إلمام المرشد بنظريات الإرشاد، ومن هذه النظريات نظرية التحليل النفسي والنظرية الانسانية التي تتمركز حول الفرد والنظريات السلوكية ، والعلاج العقلي العاطفي وغيرها .

وقامت الجمعية الأمريكية للإرشاد عام (١٩٩٧) بتعريف الإرشاد على أنه تطبيق مبادئ الصحة النفسية والنموالانساني من خلال تنفيذ نظام معرفي انفعالي سلوكي، (Hackney & Cormier ,٢٠٠٥) .

وقد تبنت جمعية التوجيه والارشاد الأمريكية سبع كفايات هي :

١- مساعدة المتعلمين على تحقيق أهدافهم : من خلال التركيز على مواطن القوة والضعف في شخصياتهم ، وفهم النظريات المتعلقة بنمو الطفل والمراهق، وتكوين برامج ارشادية شاملة للمتعلمين والآباء والمعلمين والاداريين، ومساعدتهم في عملية التخطيط التربوي والمهني .

٢- تبادل الآراء مع المتعلمين والمعلمين والآباء والإداريين والأفراد الآخرين الذين يقدمون الخدمات : تقديم الاستشارات حول المتغيرات الأسرية التي تؤثر في أداء المتعلمين ، وتطوير كفايات للآباء والمعلمين من أجل الحد من تأثير هذه المتغيرات في أداء المتعلمين وتحصيلهم .

٣- تنسيق الخدمات المساندة المتوفرة للمتعلمين والمعلمين : وتتمثل في تقديم وتطوير خدمات التحويل للمختصين لمساعدة المتعلمين والمعلمين والاداريين من الحصول على الخدمات من المؤسسات المتخصصة .

٤- التوجيه المهني : يكون ذلك من خلال اللقاءات والندوات من أجل توعية المتعلمين على المهن المتوفرة، وتشجيع المعلمين على دمج نشاطات تطوير المهنة في المنهاج،

مما يمكن مساعدتهم على استكشاف فرص التعليم والتدريب بعد المرحلة الثانوية وتشجيع أولياء الأمور على المشاركة في عمليات التخطيط واختيار المهنة لأبنائهم.

٥- تفسير بيانات تقييم المتعلمين: تطبيق الاستبانات والمقابلات المناسبة للتشخيص، وتفسير البيانات للمتعلمين والآباء والمعلمين والاداريين، والافادة منها لتمكين المتعلمين من اختيار قرارهم المهني، ولتحديد المتعلمين من ذوي الاحتياجات الخاصة .

٦- المعايير الأخلاقية ومعايير التطور المهني : من خلال الإلتزام بالأخلاق المهنية والحفاظ على أسرار المتعلمين واحترام شخصياتهم وتفهم ظروفهم .

٧- استخدام المهارات الارشادية(American Counseling Association,٢٠٠٤) .

المتغيرات المؤثرة في العلاقة الإرشادية

إن العلاقة بين المرشد والمسترشد ديناميكية ، ومتغيرة بشكل مستمر، وتؤكد العلاقة بينهما على الجانب الانفعالي ، وقد أشار فلاشر وفوكل (Flasher& Fogle ,٢٠٠٤) إلى المتغيرات الآتية :-

١- الإدراكات الذاتية (Self Perceptions) نحن نعرف أن علاقة العمل الايجابية تبدأ في اللقاء الأول مع المسترشد، ولكن بعض المرشدين الذين لا يمتلكون الخبرة قد يشعرون بالقلق عند لقاءهم المسترشد لأول مرة ، وقد يكون ذلك عاديا ، ولكن على أية حال فإن قلق المرشد يؤثر في كيفية ادراك المسترشد له. لذلك فإن المرشدين من أصحاب الخبرة أو الذين لا يمتلكون الخبرة تؤثر في التقييم والعلاج للمسترشدين من خلال ادراكاتهم الذاتية لتعليمهم ومعرفتهم وتدريبهم وكفاءتهم. وقد يشعر المسترشد سواء كان طفلا أو راشدا بالقلق في بداية لقائه مع المرشد وخصوصا أنه أول مرة يلتقي بالمرشد الكلامي اللغوي ، كما أنه غير متأكد تماما إلى أي حد يمكن أن يستفيد من المرشد ، لذلك يمتلك المسترشدون كذلك ادراكات ذاتية وقد لا تكون ايجابية. وقد يكون الأطفال الذين لديهم اضطرابات

لغوية كلامية قد تعرضوا إلى سنوات من الفشل والاحباط، لأن الآخرين وخصوصا الأفـراد المهمـين كالأقران والمعلمين وأفراد الأسرة لم يفهموهم بسهولة. وقـد يقـارن الراشـدون الـذين يعـانون مـن فقدان في السمع والفهم والكـلام والتواصـل أو اضـطرابات البلـع كيـف يمكـن أن يكونـوا وهـم لا يمتلكون الكوامن الذاتية للتأهيل، ولكن بعض المسترشدين الذين يمتلكون الكوامن للتأهيـل حتـى ولوكانت ضعيفة مع الرعاية الجيدة تكون ادراكاتهم السلبية لمشاكل التواصـل واضـطرابات البلـع ربما تكون دقيقة . بعض المسترشدين لديهم تفاؤل كثير وتوقعات غـير واقعيـة للتحسـن ، إن هـذا الحال وقدرات المرشد يمكن ان تحقق معدلا مقبولا من التحسن .

إن التوقعات الايجابية يمكن أن تحسن العلاقة بين المرشد والمسترشد .

٢- الحاجات (Needs) إن لدى المرشد حاجات يريد تحقيقها وهو الشعور بأنه يؤدي عمله الإرشادي بصورة مرضية تجعله محل احترام المسترشد . كما أن المسترشدين لديهم حاجات يريدون تحقيقها وهي أن يحصلوا على أفضل الرعاية، ولديهم الكوامن للتحسن .

٣- القيم (Values) يمتلك المرشدون القيم التي يروها مهمة والتي يحاولون غرسها في المسترشدين. كما لدى المسترشدين قيم يروها مهمة في العلاج والتي تؤدي إلى التوافق بينهم وبين المرشدين .

٤- المشاعر (Feelings) أن المرشدين لديهم مشاعر القلق وعدم الموثوقية، ولـديهم خوفـا مـن التقيـيم والجلسات العلاجية، وماذا ستؤول اليه . كما أن المسترشـدين لـديهم نفـس المشـاعر التـي تعـتري المرشدين من قلق وعدم موثوقية وخوفا لما سيؤول اليه نتائج العلاج . وأهم المشاعر التـي تعـتري المسترشدين هي التأهيل العلمي والمهارات التي يمتلكها المرشد .

٥- التجارب (Experiences) ان لدى المرشدين تجارب مع أطفال وراشدين آخرين خططوا لأن يكونوا مرتاحين مع المسترشدين . كما أن لدى المسترشدين تجارب مع راشدين ومهنيين آخرين ويتأملون أن يشعروا بالراحة مع المرشدين .

٦- التوقعات (Expectations) ان لدى المرشدين توقعات حول أنفسهم ويتأملون أن يؤدوا عملهم بشكل تام في التقييم والجلسات العلاجية. ولكن ربما لا يصل المرشدون إلى هذا الحال مع أفضل التعليم والخبرة. كما أن المسترشدين في ذات الوقت لديهم توقعات ، ففي بعض الأحيان يتوقعون الشفاء السريع من القصور السمعي ، أوالكلامي، أواللغوي ، أوالذهني أو اضطرابات البلع .

٧- الخبرة (Expertise) ان المرشدين لديهم اضافة إلى مجال السمع والنطق كل ما يتعلق بتطور الأطفال والذي يجلعهم يشعرون بالثقة أن لديهم تعليم وتدريب وتجارب كافية، ويستطيعون كذلك تطويرخبراتهم المهنية . كما أن المسترشدين الراشدين لديهم خبرات متنوعة شخصية ومهنية .

يتضح من ذلك أن العلاقة بين المرشد والمسترشد علاقة تفاعلية تبادلية .

الفرق في ارشاد الأطفال والمراهقين

على المرشد أن يأخذ بالاعتبار عمرالمسترشد اذا كان طفلا أو مراهقا فعندما يختار الكلمات التي يريد استخدامها بما يتناسب مع عمر المتكلم معه .

فالأطفال يستجيبون بشكل أفضل إلى الأسلوب المنظم والمباشر خلال المقابلة والأسئلة البسيطة أفضل من الأسلوب غير المباشر وغير المنظم والأسئلة غيرالبسيطة . وتعد واحدة من النقاط التي تؤسس لبناء علاقة ايجابية بين المرشد والمسترشد عندما تكون رسائلة واضحة، وتتلائم مع قدرات المسترشد .

لذلك يجب على المرشد أن يستخدم اللغة الواضحة المفهومـة ، ويبتعـد عـن المصـطلحات غـير المفهومـة والغامضة .

والمرشد عليه أن يعبر عن مشاعر الطفل في لحظة ما، فإذا شعر أن الطفل قلـق في تلـك اللحظـة فـيمكن القول أنك خائف بدلا من لفظة قلق، لأن الكلمة الأخيرة لا تتناسب مع عمر الطفل ، وإنما تكون مناسـبة للأكبرمنه .

والمرح يمكن أن يكون مفيدا في عملية التواصل لجميع الأعـمار ، ولكـن في بعـض الحـالات التـي يمكـن أن يعاني منها المسترشد من اضطرابات انفعالية لا تجعله يستجيب للضحك عـلى أخطائـه ، فعـلى المرشـد أن يتجنب ذلك إذ يكون ذلك خطأ علاجي .

ولكن عندما تبنى حالة من الثقة بالنفس والوثوق بالمرشد، وعندما يبدأ المسترشد الضحك عـلى أخطائـه ، يمكن في هذه النقطة أن يبتسم المرشد أو يضحك معه ما زال المسترشد يقوم بذلك .

إن المرح قد يعكس قدرة المسترشد ليبعد نفسه عن المشكلة أو الحالة التي يعـيش فيهـا ، وقـد يكون مؤشرا على تلاؤم ايجابي مع مشكلته ، وليس الابتعاد عنها أو تجنبها.

وعندما يتكلم المرشـد مـع المسترشـد عليـه أن يتجنـب اللغـة العاميـة القديمـة، أو اللغـة المتخصصـة لأن المراهقين غالبا ما يشعرون أصوات هذه اللغة بأنها مصطنعة أو مزيفة وخصوصا عنـدما تصـدرمن الكبـار أو من المهنيين .

على أية حال على المرشد أن يختار الكلمات والسلوك الذي يتناسـب بشـكل أسـاسي مـع عمـر المسترشد ، فقد يختار بعض الكلمات والسلوكات التي تنسجم مع الأطفال وقد يغيرها قليلا أو كثـيرا مـع المراهقين .

فمثلا يحرص المرشد في علاج التأتـأه عـلى تقليـل الحساسـية أو ردة الفعـل لكـل مظـاهر عـدم الانسيابية من خلال اختيار الكلمات المناسبة وردود الأفعال التـي تبعـث عـلى الإرتيـاح (Flasher &fogle ,٢٠٠٤) .

نظريات الإرشاد

هنالك نظريات متعددة استخدمت في عملية الإرشاد ومن هذه النظريات

١- **الإرشاد المعرفي Cognitive Counseling**: وهو احد أنواع الارشاد الذي ظهر ردا على الارشاد السلوكي الذي يهتم بالسلوك الظاهري الذي يمكن ملاحظته دون أن يعطي اهتماما للعمليات المعرفية والتفكير. جاء هذا النوع من الارشاد ليهتم بكيفية التفكير لأن بعض انواع التفكير اللاعقلاني قد تسبب الاضطرابات النفسية والتي يمكن أن تؤثر في اضطرابات اللغة والكلام . يرتبط العلاج المعرفي بآرون بيك (Beck) ، والذي توصل إلى أن العمليات المعرفية هي لب الاضطرابات النفسية ، وكثير من المشكلات النفسية هي غير منطقية وغير عقلانية إذا ما حوججت من قبل الآخرين غير الفرد الذي يعاني منها (الظاهر ،٢٠٠٤).

ويرى برنستين (Bernstein) في مليكة (١٩٩٤) العلاج المعرفي بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى المسترشد ، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات المواجهة، والتحكم في القلق، التحصين ضد الضغوط ، التدريب على حل المشكلات ، التدريب على التعليم الذاتي ، وقف الأفكار .

ويعتقد بيك (Beck,١٩٧٦) أن التشويه المعرفي يظهر من خلال :-

- تفسير الأحداث من وجهة نظر شخصية ذاتية .
- افكار متطرفة تبتعد عن الواقع .
- المبالغة في التعميم .
- التضخم والتحجيم .
- العجز المعرفي .

ويرى بيك أن الخطوات العلاجية تكون :-

- يدرب المسترشد على أن يدرك الأفكار الغريبة وغير المألوفة أو الأفكار الذاتية التي تعكس الخطأ أو الواقع المشوه (المحرف) .
- يدرب المسترشد على استعراض الأفكار الغريبة غير المألوفة بشكل موضوعي .

- يتعلم المسترشد ادراك الأفكار المشوهة والتي لا ترتبط بالواقع بشكل واضح.
- يشجع المسترشد على تصحيح المعارف والأفكار المشـوهة أو القصـور في هـذه الأفكـار مـن خلال مراجعة التفكير الخاطئ .

يتضمن التفكير الخاطئ الاستنتاجات الاعتباطية التي لا تعتمد على أسس منطقية وأدلة كافيـة، والتعميم المفرط، وهي نظرة قاصرة يعممها الفرد من خلال جزئية معينـة، وتعظـيم الأمـور أي تكبيرها وعدم اعطاء الأمور المهمة حقها، وتقليل ما هو مهم حقيقة .

يقوم المرشد بتصحيح نمط التفكير لدى المسترشـد بالتعامـل مـع الأفكـار غـير الموضـوعية وغـير العقلانية من خلال المشاركة العلاجية، وحمله على اختبار الواقع وتـدقيق الاسـتنتاجات وصـولا إلى رؤية ترتبط بالواقع بصورة ايجابية .

وقد أورد فلاشر وفوجل (Flasher &Fogle,٢٠٠٤) دراسة لحالة أستخدم فيها اسلوب العلاج المعرفي مع طفلة لديها من العمر (١٣) سنة :-

ليزا طفلة لديها حلق مشقوق مصلحة كذلك الشفة مشرومة، ولكن الشفة المشرومة تحتاج إلى تصحيح آخر .

تقول ليزا إذا لم تصلح شفتي بشكل صحيح تماما سوف لا أكون جميلـة اطلاقا، ولا أحـد سـوف يحبني، ولن يدعوني أحد للرقص معه، ولا يمكن لأحد أن يتزوجنـي، ولـن يكـون عنـدي أطفـال مطلقا ، وسأموت وحيدة .

وبدأ المختص اللغوي الكلامي يعـترض عـلى هـذه الإعتقـادات غـير الواقعيـة بلطـف قـائلا انهـا أصوات كما انك تقولين بأنك حقيقة فاقدة الثقة الآن . أنا أتساءل إلى أي حد يكـون مـا تقـولين هو فعلياً صحيح ، فمثلا عندما تقولين لا أحد سوف يحبني، وأتساءل إذا عندك بعض الأصـدقاء الآن بالرغم من وجود ندبة في شفتك ومشاكلك في الكلام .

ليزا : نعم انا عندي زوج من الأصدقاء .

المعالج اللغوي الكلامي:وشاهدوا الندبة التي على شفتك واستمعوا إلى كلامك.

ليزا : حسنا بالطبع ، ولكن ربما لم يركزوا على الندبة ، ولم يسمعوا صوتي كما اتكلمه من انفي .

المعالج اللغوي الكلامي : ولكن لم يرفضوك لتكوني صديقة لهما بسبب شفتك وكلامك .

ليزا :حسنا واعتقد لا .

المعالج اللغوي الكلامي: وحتى ذلك ، شفتك وكلامك يزعجك انت ، ولكنهم لا يمنعان أصدقاءك من أن يحبوك. ماذا تعتقدين هل يحبونك من حواليك؟

ليزا : حسنا أنا أحب أن أعمل كثير من الأشياء ، لذلك نلعب كرة لطائرة والتسوق معا .

المعالج اللغوي الكلامي: وبالمثل إذا هولاء البنات يحبونك ما هي الفرص لإيجاد أصدقاء آخرين في المستقبل وحتى أصدقاء أولاد .

ليزا : حسنا ربما عندك وجهة نظر، ربما حصلت على قليل من الاندماج .

٢- الارشاد العاطفي العقلاني Rational Emotional Counseling

يرتبط هذا الأسلوب العلاجي بألبرت أليس الذي وضع أسسه والمعتمد على فكره مؤداها أن الاضطرابات النفسية ما هي إلا نتيجة لأفكار خاطئة أو غير عقلانية. كانت بداية أليس دراسة علم النفس الديناميكي أو مبحث القوى النفسية وهو العلم الذي يرد الظواهر العقلية إلى ألوان الصراع بين أجزاء الشخصية. وخلال مسيرته اصبح اهتمامه في العمليات المعرفية اكثر من مبحث القوى النفسية، ونتيجة لذلك توصل أليس إلى العلاج العاطفي العقلاني.

(Ellis, ١٩٦٢)

إن الاضطرابات النفسية يمكن أن تكون واضحة من خلال معتقداته وأفكاره التـي كونهـا الفـرد من خلال العالم والأحداث التي عاشها والتي يغلب عليها التفسـير اللاعقـلاني. ويمكـن للفـرد أن يستفيد من التجارب، ويأخذ العبر منها لا أن يكون أسيرا لها.

إن عملية التغيير يمكن ان تتأتى من خلال فهم السلوك على انـه سلسـلة مـن الأحـداث ويكـون كالآتي أليس (Ellis, ١٩٧١)

أ- حدث خارجي يتعرض له الفرد .

ب- سلسلة من الأفكار التي تظهر من استجابته لذلك الحدث.

ج- الوقوف على المشاعر والسلوكات الناتجة عن تلك الأفكار .

د- محاولات المعالج لتغيير تلك الأفكار الخاطئة.

هـ- الوقوف على المشاعر والسلوكات المتغيرة نتيجة للفقرة (د) .

تستند النظرية العقلانية الانفعالية في الشخصية إلى :-

١- أسس فسيولوجية : وتفترض أن الفرد يولد ولدية نزعة لحدوث أي شيئ على أحسـن مـا يـرام ، وإذا لم يحصل على ما يبتغي في الحال فأنه يلعن ذاته والآخرين والعالم .

٢- أهمية الجوانب الاجتماعية للشخصية : إن النضج الانفعالي هو إتزان دقيـق بـين اهـتمام الفـرد وعلاقته بالآخرين ، وإذا كان الاهتمام مبالغاً فيه كأن يكون كبيرا جدا أو صغيرا جدا قد يؤدي به إلى سلوك اجتماعي غير مقبول .

٣- الجانب السيكولوجي : وتـتلخص في نظريـة (ABC) وإصرار الفـرد اللاعقـلاني عـلى الوصـول إلى درجة الكمال ، ويظهر ذلك من خلال ألفاظ مثل (يجب، لابد)، والوصول إلى الكفايـة غايـة لا تدرك . فمثلا عدم رضا الفرد عن أدائه في عمله يعد حدث محفز (A) ويعتقده أنه أمر فضيع، ويؤدي به أن يفكر بأنه حقير وفاشل (B) وينتهي به إلى مشاعر القلق والتفاهة والإكتئاب (C) . ثم يبدأ من جديد الشعور بالقلق والتفاهة والأكتئاب، ويتحول إلى حدث منشط جديد

(A) ، وبذلك تتحول النتيجة إلى سبب يدفع إلى الاضطراب مرة أخرى، وتزداد المشاعر السلبية (Ellis,١٩٦٢) .

ولكي نفرق بين الإرشاد العقلاني والإرشاد العقلاني الإنفعالي ، فإن الثاني يقوم على فرض مؤداه أن التفكير (الذي يمثل الجانب العقلي) والإنفعالي ليسا بعمليتين متباينتين أو مختلفتين ، وإنما هما عمليتان متداخلتان ، وكأنهما وجهان لعملة واحدة ، حيث توجد علاقات متبادلة بصورة تكاملية ، ولا يمكن النظر إلى واحدة دون الأخرى .

إن العلاج المعرفي العقلاني يحاول أن يفصل بين التصريحات الحقيقية والادعاءات غير العقلانية الصادرة من الفرد. كما هو الحال بالنسبة لفرد ما عندما يشعر انه فقد حب الناس وانه اصبح عديم الجدوى لان احدهم لم يعد يحبه. فالتركيز هنا على مساعدة الفرد بأنه إذا أصبح غير محبوب من قبل فرد ما، فليس من الضروري أن يعمم الحال، أو انه يصبح عديم الأهمية والجدوى.

وهناك اعتقادات خاطئة قد ترتبط بأشكال العصاب، كما يشير إلى ذلك أليس (Ellis, ١٩٧١) ومنها

- الحياة بائسة وتعيسة إذا لم تسر بالطريقة التي يرغبها.
- إن تعاسة الفرد متأتية من عوامل خارجية ولا يمكن السيطرة عليها أو التحكم بها.
- هناك ضرورة قصوى لان يكون الراشد محبوباً من قبل الأشخاص المهمين له في حياته.
- انه ضروري جدا أن يكون كفوءً بشكل كامل وفاعلا وجدير بالتقدير والاحترام من قبل الجميع.

الأهداف الخاصة للعلاج العقلاني العاطفي :

أشار أليس (Ellis, ١٩٧٤) إلى أهم معايير الصحة النفسية للفرد والتي اعتبرها أهدافا خاصة للعلاج العقلاني الانفعالي وهي :-

١- الإهتمام بالذات (Self Interest)

٢- توجيه الذات (Self Direction)

٣- قوة التحمل والتسامح (Tolorance)

٤- تقبل التغيير وعدم الثبات (Acceptance of Uncertainty)

٥- المرونة (Flexibility)

٦- التفكير العلمي (Scientific Thinking)

٧- الإلتزام (Commitment)

٨- تقبل المخاطر والقدرة على المبادأة Risk /Taking)

٩- تقبل الذات (Self Acceptance)

١٠- عدم المثالية أو عدم الكمال (Nonutopianism)

١١- المسؤولية الذاتية عن الاضطرابات بعيدا عن الظروف الخارجية .

ويركز أليس بشكل أساس على تقليل هزيمة الذات وتبني فلسفة واقعية للحياة .

يركز المعالج بشكل أساسي على الاعتقادات الخاطئة ويحاول برهنة عدم صحتها وتجنبها، ويمكن للمعالج أن يعطي المتعالج واجبات بيتية ليتدرب على التحدث الذاتي المناسب وتفسيرات حالات مختلفة، ويمكن أن يسجل الحالات التي تثير مشاعر سلبية، الأفكار الضمنية والأفكار المتنوعة والعرض الذاتي ستؤثر في مشاعره الأمر الذي يؤدي إلى التعديل، كذلك يشجع المتعالج على مواجهة المواضيع أو الحالات التي تثير خوفه لكي يدرك بأن الأفكار التي اعتاد عليها غير صحيحة، ويمكن ان يتعلم كيف يؤدي أداء أفضل في تلك الحالات.

وقد أشار الطيب (١٩٩٤) إلى طرائق عديدة يمكن أن يتبعها المرشد والتي تمثل العلاج العقلي الانفعالي هي :-

١- الإيحاء : عادة ما يكون المسترشدون سلبين ، ويحدثون أنفسهم بأمور تسبب لهم هزيمة داخلية، ويكون دور المرشد في هذه الحالة هو إعادة النظر في تفكيره، وكيف يتحدى ويناقض هذه الأحاديث، ثم يعيدها ويكررها بطريقة أكثر منطقية .

٢- وسائل الدفاع : ويحاول المرشد ان يقلل من لوم المسترشد لنفسه للأخطاء التي ارتكبها فالجميع يخطأ ، ولا يجوز أن يبقى الخطأ ماثلا ، ونستمر في تعنيف الذات .

٣- تقديم الخيارات البديلة : ويشجع المرشد المسترشد على إيجاد خيارات أخرى من شأنها تقليل الإرهاصات الذاتية التي يعانون منها .

٤- الدقة اللفظية : الانتباه إلى الألفاظ التي يستخدمها المسترشد لأن غير الدقيق منها يعبر عن أفكار مشوشة .

٥- وسائل التسلية : وهو التركيز على استغلال الطاقات الذاتية بشكل مثمر عن طريق التمارين الرياضية ، وتمارين الإسترخاء بدلا من التفكير بهزيمة أنفسهم والحديث عنها .

٦- استخدام المرح (النكات) : يلجأ المرشد إلى هذا الأسلوب للسخرية من الأفكار اللاعقلانية التي يعتقدها المسترشد ، والتي يمكن أن يقبلها، ويضحك على أخطائه .

٣- الارشاد وفق نظريات التحليل النفسي

يعد فرويد الأب المؤسس لنظرية التحليل النفسي ، تتركز هذه النظرية على إعادة بناء شخصية المسترشد من خلال تحديد وتحليل ، واعادة حل الصراع النفسي- الداخلي. وهذه ليست سهلة التحقيق وإنما تحتاج إلى وقت ليس بالقصير. وقد حدد آرلو (Arlow ,١٩٨٩) أربع مراحل لنظرية التحليل النفسي هي :-

أ- مرحلة الانفتاح (An opening phase) وتتعلق بالتاريخ المفصل للمسترشد ومشكلاته ، وقد تصل هذه المرحلة إلى ستة أشهر .

ب- مرحلة الانتقال التطوري (Development of transference Phase) وهي مرحلة ابراز مشاعره حول الآخرين المهمين وعلى المحلل ، ومن خلال هذا العمل يمكن أن يحصل على استشعار لمعرفة مشاكل العلاقات الشخصية الاجتماعية (ويمكن أن تحدث المواجهة في هذه المرحلة) .

ج- العمل خلال هذه المرحلة يتطلب التحليل الدقيق لإنتقال المسترشد.

د- مرحلة الحل الانتقالي (A resolution transference phase) وهي المرحلة التي يكون فيها المسترشد مهيئاً للوصول إلى العلاج ، والأداء الاستقلالي.

أما أهم الأساليب التي تستخدم في التحليل النفسي هي :

١. التداعي الحر Free Association

يتبين من العنوان أن المعالج يسعى الى أن يهيئ الظروف الايجابية التي من شأنها ان يسترسل الفرد بافكاره وخواطره وصراعاته متجاوزاً الزمن الماضي فيظهر المكبوت (اللاشعوري) من الاحداث. ويمكن للمرشد من خلال يقظته ان يستغل شطحات اللسان، او ما يعتري الفرد من شعور **من** القلق او توقف، او حرج او تلجلج عندما يصل الى بعض النقاط الهامة في حياته.

ويمكن للمعالج ان يتعرف من خلال هذا الأسلوب، ما هي الأسباب الحقيقية وراء الاضطرابات الانفعالية للفرد.

وسميت هذه الطريقة بإزالة العقد النفسية عن طريق التحليل النفسي- وتتلخص مغزاها في أنه حتى الإصابات الجسدية يمكن اختفاؤها بمجرد تذكر الإنسان واستدعائه للعلة التي سببتها .

٢. تحليل الأحلام (Dream Analysis)

هو التنفيس غير المباشر عن المكبوتات اللاشعورية والتي تمنعها دفاعات الانا من الظهور على السطح. ويعتبر فرويد ان الاحلام هي تنفيس عن الصراعات الداخلية المكبوتة والتي تظهر بشكل رمزي من خلال الاحلام .

يقول فرويد ان تكوين الاحلام يمكن ان تحدث بطريقتين مختلفتين فقد يكون أصلها احد الدوافع او الرغبات الغريزية المكبوتة في اللاشعور والتي تحول الاوضاع الاجتماعية دون تحقيقها في الواقع. تجد قوة كافية اثناء النوم تجعلها تؤثر في الانا (الرقيب) الذي يكون في غفلة أثناء النوم، وتفلت منه وتشق طريقها من اللاشعور الى الشعور، وتفصح عن نفسها في الاحلام.

وقد يكون الحلم رغبة متخلفة من حياة الفرد أي سلسلة من الأفكار الموجودة قبل الشعور بكل ما تتضمنه من الدوافع المتصارعة تلقى تدعيما اثناء النوم من أحد العناصر اللاشعورية. وباختصار فأن الاحلام قد تنشأ أما من الهو، وأما من الأنا (زهران، ٢٠٠٥).

وقد ميز فرويد بين المضمون الصريح (المحتوى الظاهري) للحلم، والمضمون الكامن، والاول يتعلق بيوم الحلم والخبرات السابقة وعادة ما يكون ساراً والثاني يكون مشوشاً ومتناقضاً للواقع ويحتاج الى تفسير.

يمكن أن تستغل الاحلام لمعرفة الأسباب وراء الاضطرابات اللغوية والكلامية.

٣. التفريغ (التنفيس الانفعالي) Emotional Catharsis

وهو أحد أنواع العلاج النفسية التي من خلالها يستطيع الفرد افراغ النفس من التوتر خلال استدعاء الاشياء المكبوتة.

٤. الاستبصار (Insight)

عندما يتعرف الفرد دوافع السلوك من خلال ما يطفو عـلى السـطح مـن انفعـالات ، يمكـن ان يتفهم نفسه ضعفها وقوتها، فيتجاوز حالات الضعف، وللمعالج دور في ذلك من خلال التوجيـه والارشـاد والمناقشة الموضوعية.

٥. عصاب التحويل :

يحدث ذلك عندما يقوم المسترشد بتحويل انفعالاته المكبوته في مرحلـة الطفولـة المبكـرة نحـو المعالج أو المرشد . ويمكن من خلال عصاب التحويل التعرف عـلى المكبـوت اللاشـعوري ، والتعامـل معهـا وكأنها خبرات شعورية .

وقد يحدث تحويلا ايجابيا أو سلبيا نحو المعالج فإمـا يـرتبط بالمعـالج بشـكل، ويعتمـد عليـه ، ويكون التحويل ايجابيا ، او يحاول التخلص منه والابتعاد عنه ، إذ قد يكون شخصـاً مكروهـا بالنسـبة لـه وبهذا يكون التحويل في هذا الحال سلبيا .

أما يونج فيعتقد أن للفرد ميل فطري لتحقيـق التكامـل (Wholeness) والفـرادة (Uniqueness) وتحقيــق الــذات (Self-realization) . هــذه العمليــة التــي أطلــق عليهــا يــونج مصــطلح الفرديــة (Individualization) تحتـوي عـلى العنـاصر الأساسـية لنظريـة فرويـد (مسـتويات الـوعي الشـعوري واللاشعوري)، اللبيدو ، والذات المتوسطة المحمية بدفاعات الأنا . تتضمن مفاهيم يونج ما يلي :

- إن فكرة اللاوعي المتجمع (Collective unconscious) تحتوي على الأفكار العامة التـي توارثـت مـن جيل إلى جيل لها تأثير قوي على شخصية الفرد وسلوكه .
- إن النماذج الأصلية (Archetypes) وهي الأفكار العامة في اللاوعي المتجمع يتضمن الذات العامـة، والـروح العدوانيـة الموجـودة في خصـائص الشخصـية عنـد الـذكور والإنـاث، والظـل أو الجانـب الشريرمن الشخصية التي يرفضها الأفراد، والذات التي تتحد وتستقر والتي تظهر كما هـو موعـود في متوسط العمر عندما تتكامل الذات الواعية والعمليات اللاشعورية .
- تتميز الشخصية بنوعين مـن الاتجاهـات إمـا الانبسـاطية أو الانطوائيـة ، ولهـا أربعـة انمـاط مـن الوظائف هي التفكير ،الشعور ، الاحساس ، والحدس ، وحسب يونج أن الفـرد يعتمـد عـلى هـذه

الوظائف الأربعة للتعامل مع التغيرات التي تحدث في الحياة بفاعلية ، ولكن كل وظيفة قد تختلف من فرد إلى آخر ، وقد تتطور عند (س) أفضل من (ص) ، وقد يميل الفرد أن يستخدم هذه الوظيفة مع الوظائف المساعدة للتعامل مع معظم المواقف .

تأسيسا على هذه المفاهيم، فإن الهدف الأساسي لعلم النفس التحليلي هو مساعدة المسترشد لتطويرأنظمة الشخصية الضرورية لظهور الذات .

وعند ظهور الذات، فقد يشجع ذلك عملية التفريد بحيث يكون الفرد أكثر وعيا بأدائة نحو تحقيق الذات . ويمكن تحقيق الهدف من خلال توعية المسترشد على جوانب شخصيته . ويرى يونج أن اساليب الارشاد تكون مناسبة للتحديات الفريدة التي يعاني منها المسترشد ، كما يفترض أن يكون المرشد مرنا خلاقا في تصميم الأسلوب العلاجي وخصوصا عندما تكون هناك قناعة ان الاسلوب ساعد المسترشد وأثر في التغيير المرغوب في الشخصية والسلوك (Crowe,١٩٩٧) .

٤- نظرية الإرشاد المتمركز على المسترشد (Client Centered Therapy)

طورت هذه النظرية في الأربعينيات من القرن العشرين على يد كارل روجرز(Carl Rogers) والتي استخدمت بشكل كبير، وخضعت للتحقق في مجالات عدة تربوية وغير تربوية . ويعد العلاج غير المباشر المدخل الثالث بعد مدخل التحليل النفسي والمدخل السلوكي .

تؤكد هذه النظرية على المسترشد من خلال وجهته وكما يراها هو وليس كما يراها الآخرون ، أي يجب أن يضع الآخر نفسه مكان المسترشد ليحس به ويستشعر به ويعيش في عالمه الخاص. وترى هذه النظرية ان الانسان عقلاني اجتماعي ، وخير بطبيعته

وان السلوك السيئ هو نتيجـة لظـروف بيئيـة قـاهرة جعلتـه يسـلك السـلوك الشـائك أو غـير المقبول ، وهو قادر على حل مشكلاته .

إن العلاج المتمركز على المسترشد انساني ويقترب من العلاج الجشتطالتي والفلسفة الوجودية ، وأشارأنزبجير (Ansbacher) في (Crowe,١٩٩٧) الخصائص العامة للمداخل اللإنسانية :-

- القـــوة المبتكـــرة للأفـــراد ، بالاضـــافة إلى الوراثـــة والبيئـــة ، هـــي قـــوة مهمـــة في النمـــو والتغيير.
- ان القوة المؤثرة والحاسمة في السلوك الانساني هي الغرض أكثر من كونها سبباً .
- المدخل الكلي أكثر فاعلية من مدخل العناصر(الأجزاء) .
- يجب أن يأخذ الأكلينيكي بالحسبان خصوصية المسترشد ، آراءه ، وجهـات نظـره، ومسـتويات الـوعي الشعورية واللاشعورية .
- يعتمد الارشاد الفاعل والتحليل النفسي على علاقة الأكلينيكي بالمسترشد الايجابية .

أما أهم الافتراضات لنظرية الذات فهي :-

- يكون ناتج العملية الارشادية فاعلة إذا امتلك المعالج اتجاهات ايجابية نحو المسترشد وهي العلامـة الجوهرية في العلاج إذ يخلق حالة من الاحترام والثقـة مـما يـدعو المسترشـد إلى توجهـات ايجابيـة وبناءة .
- المسترشدون وليس الاكلينيكون هم الأفضل في وضع الأهـداف العلاجيـة ، ويحـدد كيـف يعـدل مـن سلوكه . ركزت هذه الفكرة على الاعتقاد بأن المسترشدين يمتلكون الكـوامن المتأصـلة للنمـو الايجـابي والتغيير وتحقيق الذات ، وهم قادرون عـلى التغيـير إذا هيئـت الظـروف المناسـبة وتحقـق الـوعي بالذات بشكل كافٍ .
- يستجيب الأفراد إلى المجال الظاهري كما يدركونه ، ولإدراكات المسترشـد للواقـع، أفضـل مـن الواقـع الخارجي ، أعظم التأثير في شخصيتهم وسلوكهم .

- يمكن أن يفهم المسترشد من خلال اطاره المرجعي ، لذلك فإن الاكلينيكيـين يجـب أن يعرفـوا العـلاج وفق المنظور الظاهراتي ، ويميزوا بأن كـل فـرد يـدرك واقعـه بشـكل فريـد، وفهمـه للإطـار الـداخلي المرجعي للفرد مهم في كيفية التعامل معه بشكل صحيح.
- ان يتحمل المعالج المسؤولية في أن يكون سـهل الحصـول عليـه مـن قبـل المسترشـد ، وهـذا يمكـن المعالج والمسترشد ليجربوا معا لحظة بلحظة ، هنا ، وكيف ، الطبيعة الترتيبية للعلاقة الارشادية .
- يميل الأفراد للتصرف بما يتلاءم مع مفهوم الفرد لذاته . إن الذات جزء مختلف عن المجال الظاهري ، وهي تتكون من ادراكات الأنا (I) وعليّ (Me) . ويتطلب الكائن العضوي التماثـل بـين سـلوك الفـرد وإدراك الأنا .
- تطبق مبادئ الإرشاد نفسها وعلاج التحليل النفسي عـلى كـل المسترشـدين . هـذا مـا اعتـبره العـلاج المتمركز حول المسترشد ليكون الحالة بغض النظر عـن كونـه عاديـا أو عصـابيا أو ذهانيـا . وتعتقـد نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد أن كل الأفراد يمتلكون الرغبة المتأصلة لتحقيق الذات ، وهـذه النظرية متفائلة بأنهم يمتلكون الكوامن لتحقيق ذلك .

إنّ المرشد وفق هذه النظرية لا يهـتم بعمليـة التشـخيص إذ تعـد كمضـيعة للوقـت لأنهـا لا تتعلـق بالمجال الداخلي للمسترشد ، ولا يمكن لأي شخص أن يعرف الكنه الـداخلي لأن المجـال الظـاهراتي المـدرك هو فريد .

وهو لا يتدخل لتفسير السلوك من خلال آراءه ومعتقداته الشخصية ، كما أن المرشد لا يوجه الأسئلة للبحث عن المعلومات كما هو الحال في مدخل التحليل النفسي ، كـما أنـه لا يحلـل المعلومـات كـما هـو يراها، وهو الحال في مدخل التحليل النفسي . لذلك عد الارشاد المتمركز حول المسترشد الإرشاد غير الموجه .

الشروط التي يجب توفرها لنجاح عملية الإرشاد

هنالك العديد من الشروط التي من شأنها نجاح العملية الإرشادية وفق هذه النظرية هي :-

١- ان لا تكون العلاقة بين المرشد والمسترشد مجرد علاقة ذهنية يعمل فيهـا الأول عـلى تزويـد الثـاني بالمعلومات أو التوجيهات أو التوضيحات والتفسيرات للسلوك ودوافعه . ولكـن العلاقـة المطلوبـة هي التي تساعد المسترشد على اكتشاف ما في داخله من امكانيات وقـدرات والتـي تسـاعده عـلى النمو والسلوك الصحيح .

٢- تهدف العلاقة الإرشادية إلى احداث تغيير في بناء الشخصية للمسترشـد عـلى المسـتويين السـطحي والعميق معـاً ، مـما تـؤدي إلى تماسـك شخصـية المسترشـد ، وإلى الحـد مـن الشـعور بالصراعات الداخلية ، وإلى تحرير الطاقات الكامنة من اجل العيش بفاعلية ، وإلى تغيـير السـلوك لأن يصـبح أكثر نضجا .

٣- ان يكون هناك تواصل بين المرشد والمسترشد من أجل حدوث تغيير ايجـابي في الشخصـية ، ولإزالـة حالة اللاتوافق والقلق التي يعاني منها المسترشد ، ويقلل الهوة بـين واقعـة والصـورة المثاليـة التـي يراها لنفسه .

٤- ان يتسم المرشد بالتوافق النفسي ، وأن يعي سلوكه ، ولا ينشغل بأمور أخرى أو بمشـاكله الخاصـة بدلا من المسترشد الجالس أمامه . والمرشد المثالي هو الذي يكون ثابتاً ومتكاملاً بلا تناقض بـين مـا يقوله وما يفعله .

٥- أن يقبل المرشد المسترشد كما هـو دون شروط أو قيـود ، أي يقبـل المسترشـد كـما هـو بصراعاته واضطراباته وجوانبه السلبية والايجابية ، وأن يتعامل معه بإحترام ويشعره بقيمته .

٦- أن تتسم العلاقة بالتفهم العميق للمسترشد والتعاطف معه وفق عالمه الخاص كـما يدركـه ، وأن يشعر بإحساسه . إنّ ذلك يشجع المسترشد على اكتشاف وفهم نفسه.

٧- أن ينجح المرشد في توصيل فهمه إلى المسترشد بحيث يشعره بالتقبل والتعاطف (القذافي ، ١٩٩٧) .

خطوات الإرشاد عند روجرز

يرى روجرز كما أشار إلى ذلك الشناوي (١٩٩٦) ان خطوات العلاج تتكون من سبع مراحل للإرشاد هي :-

١- في هذه المرحلة لا يمتلك المسترشد الرغبة الحقيقية للتحدث عن مشاعره ومكنوناته الشخصية ، وكأنما لا تنتمي إلى الذات ، وإنما يتكلم عن الجوانب الخارجية . وقد يرى المسترشد في البداية أن العلاقة مع المرشد تشكل خطرا عليه ، وفي هذه المرحلة لا تدرك المشكلة ، ولا تتحدد ، كما لا توجد رغبة عند المسترشد للتغيير .

٢- إذا اقتنع المسترشد بأهمية الإرشاد فإنه يبدأ بالحديث عن الموضوعات التي لا تتصل بذاته ، ويرى أن المشكلات تمثل شيئا خارجا عنه، ولا يتحمل أي مسؤولية شخصية تجاهها ، ويمكن اظهار المشاعر وكأنها لا تخصه شخصياً . يتصف حديثه بالتناقض ، وربما يأتي المسترشد إلى الإرشاد طوعاً .

٣- في هذه المرحلة نجد أن التفكك يستمر حيث يعبر المسترشد بقدر أكبر من الحرية عن الذات وعن الخبرات والموضوعات المتصلة بالذات .

أما المشاعر الخاصة بالماضي وكذلك المعاني الشخصية التي تكون عادة سلبية فيعبر عنها بتقبل قليل، ويبدأ في هذه المرحلة الإعتراف بالتناقضات في الخبرة . ويبدأ كثير من المسترشدين العلاج في هذه المرحلة .

٤- تكون المشاعر في هذه المرحلة أكثر تركيزا نتيجة للتقبل والفهم والمشاركة ، وبالرغم من ذلك نجد اضطرابا في الطريقة التي يعبر بها عن الخبرة ، كما يكتشف المسترشد بين بنية الذات وتمايز المشاعر والاهتمام بالمتناقضات، ويتحمل المسترشد المسؤولية الذاتية في حدوث المشكلة .

٥- يصل المسترشد إلى مرحلة يكون فيها قادراً على التعبير عن مشاعره الحالية، ولكن يكون مقترنا بالخوف والدهشة، ويكون المسترشد في هذه المرحلة معايشاً لمشاعره كما يخبرها بشكل كامل بالرغم من خوفه وعدم ثقته ونقص الوضوح. يحدث في هذه المرحلة تمييز للمشاعر والمعاني الشخصية بدقة أكبر ، ويتقبل هذه

المشاعر بشكل أفضل ، أما الخبرة فتكون مفككة ومتصلة بالحاضر، ويزداد تقبله للمسـؤولية عـن المشكلات .

٦- تميل هذه المرحلة لتكون مميزة وجادة ، فالمشاعرالتي لم يعـبر عنهـا سـابقاً يعايشـها الآن بشـكل مباشر ، ويتقبل المسترشد في هذه لمرحلة الخبرة ، ويتحول من عدم التطابق إلى التطابق بين الذات والخبرة ، وهنا تكون المشكلات الداخلية والداخلية قد انتهت، وأصبحت جزءً منه، ويظهـر عليـه الاسترخاء مثل الدموع والتنفس العميق والاسترخاء العضلي، وهـذا مفيـد للجهـاز العصـبي. إن هذه المرحلة ليست سهلة للمسترشد

٧- يشعر المسترشد في هذه المرحلة بدافعية قوية، يعـبر عنهـا في الجلسـة، ويصـبح متقـبلا للمشـاعر المتغيرة ، ويدركها انها تنتمي اليه، وتصبح الذات أكثر وعياً ومعايشة للخبرة ، ويقـل ادراك الـذات على أنها خارج الشخص بدرجة كبيرة جدا .

دراسة حالة

انعكاس حالة الاستشعارلطفل لديه تأتأة(Reflecting Empathy to a child who stutters)

جلب أب ولده البالغ من العمر (١٣) سنة كان لدية مشكلة التأتأة للأكلينيكي فصار الحوار الآتي :-

المعالج : اخبرني ماذا تشبه عندما تتكلم في مواقف مختلفة ؟

الطفل : انا لا أتحدث كثيرا في المدرسة. لأن التحدث يجعلني عصبيا

المعالج : انت لا تتكلم كثيرا لأن الكلام يجعلك عصبيا .

الطفل : نعم وأصبح حقيقة عصبياعندما أتحدث أمام الصف .

المعالج : التحدث أمام الصف ، هل هو أصعب الأشياء لك للقيام به ؟

الطفل : نعم وخصوصا عندما يطلب مني المعلم القراءة من كتاب علمي .

المعالج : أنت لا تحب أن تقرأ بصوت مسموع من الكتاب العلمي . (المعالج باق بشكل قريب جداً لما يقوله الطفل ولكنه لا يعيد الكلام كالببغاء) .

الطفل : نعم الكلمات قاسية وهي ملتصقة بي واصبح كالأحمق .

المعالج : لذلك انت خائف من التأتأة أو عمل أخطاء وتصبح كالاحمق امام أقرانك

الطفل : وسيضحك الأولاد عليّ .

هذه الانعكاسات تشجع الطفل بلطف ان يستمر في تزويد المعلومات المهمة والتي تساعد في العملية الإرشادية، ولتعمل ذلك من غيرمحاجحة أو أي شكل من أشكال الانتقاد (Flasher &Fogle ,٢٠٠٤) .

٥- نظرية الإرشاد وفق المدخل السلوكي

ارتبط المدخل السلوكي بشكل أساسي بنظرية الإشراط الكلاسيكي لبافلوف ونظرية الإشراط الاجرائي لسكنر ، ونظرية التعلم الاجتماعي لبندورا . ولكل من هذه النظريات فنياتها في علاج اضطراب السلوك ، وقد استخدمت هذه الفنيات مع شرائح مختلفة من العاديين وغير العاديين ، صغار السن وكباره .

إنّ الفكرة الأساسية للإرشاد السلوكي هو أن الفرد يستجيب للمثيرات البيئية والتي تكون نتائج السلوك أما مفرحة (سارة) يكون ذلك من خلال التعزيز (الثواب) أو مؤلمة (غير سارة) كالتعزيز السلبي .

والنتائج المفرحة تساعد على تكرار السلوك، والمؤلمة لا تؤدي إلى تكرار السلوك في أغلب الأحيان .

يتصف الارشاد السلوكي بأنه يتعامل مع السلوك الظاهرالملاحظ (الاضطرابات) كما يحدث في المكان والزمان دون الرجوع للأسباب الداخلية التي أدت إلى ذلك، أو الرجوع إلى الماضي كما يفعل مدخل التحليل النفسي . كما يركز الارشاد السلوكي على الاضطراب القابل للقياس .

يخضع الارشاد السلوكي إلى المنهجيـة العلميـة والتخطـيط إذ يبتعـد عـن العشـوائية. ومـن المبـادئ الأساسية للمدخل السلوكي أن السلوك بشكل عام سواء مضطرب أو غير مضطرب متعلم مـن خـلال متغيرات بيئية ، لذلك يمكن تغييره عن طريق التحكم بالمتغيرات البيئية .

وفي حقل اضطراب الكلام يمكن أن يأخذ الإضطراب أشكالا ثلاثـة فإمـا يكـون السـلوك (الإضـطراب) مفرطا (Excesses) على سبيل المثال تكرار الأصوات بشـكل مفـرط عنـد الأطفـال الـذين يعـانون مـن التأتأة . أونقص السلوك كما هو الحال في فقدان القدرة على التعبـير اللغـوي في حالـة اصـابة الوعـاء المخي (Cerebral Vascular Accident) . والسلوك غير الملائم (غير المقبول) كـما يحـدث في السـلوكات الناتجة عن الخلل العصبي (Flasher & Fogle ,٢٠٠٤).

سمات العلاقة الإرشادية وفق المدخل السلوكي

١- تكون علاقة المرشد مباشرة مع المسترشد وهي تختلف عن الارشاد المتمركز حـول المسترشـد مـن حيث كونه غير مباشر .

٢- يكون المرشد ايجابي متعاطفا ودودا منصتاً مع المسترشد ، وهو بهذا لا يختلف عن المداخل الأخرى وخصوصا النظريات الإنسانية .

٣- يساعد المرشد على تغيير اتجاهات المسترشد وسلوكه ، وهي تختلف عن نظرية الذات لروجرز .

٤- المرشد هو الشخص المؤهل الرئيسي في وضع الخطة الارشادية بشكل نظامي .

٥- يضع المرشد الأهداف وقد يشاركه المسترشد ، بينما في نظرية الذات يكون المسترشد هو الذي يضع الأهداف ويحاول تحقيقها بمساعدة المرشد .

يشير ولبى (Wolpe) إلى ثلاثة طرق ارشادية حسب الحالة هي :-

١- طريقة الاستجابة الحازمة : وهي تتطلب المواجهة المباشرة ، وقد تأخذ استجابات هجوميـة حيـث يوجه المرشد المسترشد إلى التعبير عن مشاعر الغضب في المواقف

التي تستدعي الغضب دون خوف أو وجل وعدم كبت هذه المشاعر . وعندما يستطيع المسترشد من التعبير عن غضبه خلال الجلسات الإرشادية يمكن أن يعمم ذلك خارج إطار الجلسات الإرشادية .

٢- طريقة الاسترخاء : وتتلخص في تعليم المسترشد عملية الإسترخاء خلال مواقف القلق، وقد أشرت إلى ذلك سابقاً وأعطيت مثالا لذلك لأنه لا يمكن أن تحدث استجابتان في ذات الوقت .

٣- إزالة الحساسية التدريجي : ويتطلب بناء هرم للقلق والتحول من البسيط إلى الصعب ، وقد أشرت إلى ذلك سابقاً (الظاهر،٢٠٠٤) .

وهناك أساليب كثيرة أخرى منها ما هو متعلق بتشكيل السلوك من خلال أساليب التشكيل، النمذجة ، الحث والتلاشي . أو تقليل السلوك غير المرغوب فيه مثل الابعاد المؤقت ، تكلفة الاستجابة ، التعزيز السلبي ، والتصحيح المفرط.

يتصف الإرشاد السلوكي بالتفائلية ، ولا يستغرق وقتا طويلا كما هو الحال بالنسبة للمداخل الأخرى وخصوصاً مدخل التحليل النفسي . كما يهتم بالمشكلة كما تحدث الآن وفي مكان معين ، ويمكن أن يؤدي المعلم دوره كمرشد. ويتوفر في المدخل كثير من الأساليب لتطبيقات نظرية الإشراط الكلاسيكي لبافلوف، ومن أساليب هذه النظرية تقليل الحساسية التدريجي، وسبق أن أشرت إلى ذلك، والكف المتبادل ، العلاج الانفجاري، العلاج بالواقع ، والعلاج المنفر.

والإشراط الإجرائي لسكنر ومن أساليب هذه النظرية التعزيز الايجابي ، التعزيز السلبي، التشكيل، التسلسل ، الحث والتلاشي، الإطفاء ، تجاهل السلوك غير المرغوب فيه وتعزيز نقيضه ، الإبعاد المؤقت ، التصحيح المفرط .

ونظرية التعلم الاجتماعي لبندورا ومن أساليب هذه النظرية النمذجة ولعب الدور .

يتصف الإرشاد السلوكي بالاقتصادي لأنه يوفرالوقت والجهد ، كما أنه يركز على السلوكات القابلة للقياس، كما تتصف أساليب المدخل السلوكي بسهولة التطبيق

وبالتالي يمكن لأولياء أمور الأطفال المضطربين لغويا وكلاميا من تطبيق هذه الأسـاليب في البيـت ، أو اكمال ما بدأ فيه المرشد لتحقيق الأهداف .

وقد لا يخلو المدخل السلوكي من تحفظات فقد لا يكون سهلا أن يتعامل مع السـلوكات المعقـدة أو الاضطرابات الخفية. وقد يرتبط التغيير في وقت التعزيز، وقـد يرجـع السـلوك إلى سـابق عهـده بمجرد الانتهاء من التعزيز . يتعامل المدخل السلوكي مع الأعراض ولا يعطي اهتماما للأسباب إذ أن الأعراض الظاهرة هي دليل على اضطراب داخلي، وقد يكون العلاج علاجا للقشـرة الخارجيـة دون التعرض للب الإضطراب .

لقد أشار فلاشر وفوجـل (Flasher &fogle, ٢٠٠٤) في هـذا السـياق إلى دراسـة حالـة تمثـل مـدخل الإرشاد العلاجي السلوكي لطفل أسمه ميشـيل لديـه سـلوكات متطرفـة، وناقصـة ، وغـير مقبولـة، حيث تميـل سـلوكات ميشـيل إلى الاسـتمرارية المفرطـة، ويسـتجيب إلى مختلـف المثـيرات بـنفس الأجوبة ، ولدية نقص في الـذاكرة الحاليـة، التـي تسـبب صـعوبات في تعلـم مـا هـو جديـد ، أمـا السلوكات غير المقبولة فهي السب والشتم، وضرب الأفراد الذين يعتنون به في بعض الأحيان .

في اجتماعات رعايـة المـرضى ولقـاءات فريـق التأهيـل ، أراد المختـص اللغـوي الكلامـي أن يصـف السلوكات الخاصة بميشيل والتي أظهرها بشـكل واضـح والتـي يمكـن وضـع خطـة لتعـديل هـذه السلوكات والتي تتطلب من الفريق أن يستجيب لها بشكل يتسم بالإتساق وبعيدا عـن الطـرق التأديبية .

يجب أن تخبر الأسرة وبقية الزائرين كيف يدير فريق التأهيل سلوكات ميشيل، وكيـف تسـتجيب الأسرة إلى ميشيل بطرق تتسم بالإتساق، وتدعم عمل المعالجين.

يتبين من خلال دراسة الحالة السابقة كيف أن العـلاج ركـز عـلى السـلوك الظـاهر دون الإهـتمام بالأسـباب التـي أدت إلى تلـك السـلوكات، واسـتخدم أسـلوب التعزيـز لتعـديل سـلوكات الطفـل ميشيل. وكانت نتائج العلاج ايجابية.

٦- الارشاد وفق النظرية الجشطالتية

يعد فردريك بيرلز (Frederick Perls,١٨٨٣-١٩٧) مؤسس نظرية الارشاد الجشطالتي وقد اشتق قسم منها من مبادئ علم النفس الجشطالتي لمؤسسيها ماكس فرتيمر (Max Wertheimer) وفلجانج كوهلر (Wolfgang Koehler) وكورت كوفكا (Kurt Koffka) ، (Crowe,١٩٩٧) .

مارس بيرلز (Perls) في بداية حياته المهنية مدخل التحليل النفسي ، وبعدها خالفه لأنه يؤكد على الماضي، واتجه إلى الاهتمام بالحاضر ، اي يجب التركيز على ما يفعله الفرد الآن، وليس ما فعله في الماضي . كما أنه يخالف المدرسة السلوكية التي تهتم بالتنبؤ المستقبلي للسلوك .

يعتقد بيرلز بأن الإنسان عندما يصبح واعيا بنفسه في كل لحظة بشكل فعلي وواعيا بأفعاله على أي مستوى (خياليا أو لغويا أو عضويا) فسيدرك في هذا الحال انه هو نفسه مصدر المشاكل وبالتالي يتحرك لإيجاد الحلول لهذه المشاكل .

لذلك يؤكد المدخل الجشطالتي على مسألة التركيز على الوعي والشعور ، ويعطيه أهمية خاصة ، وليس الوعي على المستوى العقلي فحسب وإنما يتسع ليشمل الشعور والاحساس والانفعالات والحركات وهيئة الجسم وتوتر العضلات وتعبيرات الوجه فضلا عن تقبل الوسط البيئي المحيط بالمسترشد (القذافي ، ١٩٩٧)

لذلك فإن الهدف الأساسي في العلاج الجشطالتي هو التنظيم الذاتي من خلال الوعي الذي يتضمن معرفة البيئة ، قبول الذات ، والقدرة على الإتصال . إن ذلك من شأنه تحويل المسترشد من حالة الاعتمادية إلى حالة الاستقلالية . وتحسين حاله ليس من أجل المجتمع وإنما من أجل نفسه .

ويرى بيرلز أن الفرد الذي يتمتع بالصحة هو الفرد الذي يعي ذاته ويتصل بها وبالواقع الذي يعيشه ، أما الفرد المضطرب فهو الفرد الذي فقد الاتصال بذاته وبالواقع الذي يعيشه .

وقد أشار كوري (Corey,١٩٨٥) إلى أهداف الإرشاد الجشطالتي بما يلي:

١- التكامل وعدم الاقتصار على جانب واحد من الذات الانسانية .

٢- الاتصال بالنفس والآخرين من أجل تحقيق الذات .

٣- الدعم الذاتي للنفس بدلا من الحصول عليه من الآخرين .

٤- أن يصبح الفرد واعيا بما يحسه وما يشعر به وما يفكر به وما يتخيله وما يفعله في الحاضر .

٥- أن يتعرف الفرد على ابعاد ذاته بوضوح .

٦- تجسيد ما يدركه ويتبصر به إلى فعل .

٧- أن يكون الفرد مستعدا للتعلم ذاتياً مستفيدا من التجارب الفاعلة .

يركز العلاج الجشطالتي على العلاقة الإرشادية أكثرمن الأساليب الإكلينيكية الخاصة ، وهي شبيهه بشكل كبيرمع العلاج المتمركز حول المسترشد والتي تتضمن الحماية والقبول والدفء الذي يقدمه المرشد للمسترشد .

أما أبرز أساليب الارشاد الجشطالتي فهي (Crowe ,١٩٩٧):-

١- استخدام الضمائر الشخصية والتي تشجع المسترشد على الحوارات الشخصية والتي تؤثر على قبول الشخصية على سبيل المثال اعتقد بدلا من يعتقد الناس .

٢- تحمل المسؤولية (Assuming Responsibility) والتي تتطلب من المسترشد التعبير عن مشاعره وأفكاره ، ويتحمل المسوؤلية لفعل ذلك.

يشير هانسن (Hansen,١٩٧٦) في الصدد إلى المثال الآتي فلو قال أحد أعضاء المجموعة الإرشادية " أنا لا أستطيع تكوين أصدقاء " يطلب منه المرشد تغيير لا استطيع بلا أريد بحيث تكون العبارة كالآتي "أنا لا أريد تكوين صداقات" .

٣- تحويل الأسئلة إلى تصريح (Converting Questions into Statement) التي تجبر المسترشدين لتغيير الأسئلة التي يتملصون منها على سبيل المثال "لذلك انت تعتقد ان العلاج يمكن أن يكون مفيدا "إلى تصريح والذي يعكس

اعتقادك فتكون " أنا لا أعتقد انك حقيقة تعتقد أن العلاج يمكن أن يكون مفيدا "

٤- اسلوب الكرسي الخالي (Empty Chair Technique) وهذا الأسلوب يساعد المسترشدين للعمل خلال مدخل تجنب الصراعات والتركيز على الوقت الحاضر من خلال مناقشة الكرسي الفارغ لماذا يتجنبون الصراعات التي يعانون منها، ومن ثم يجلسون على الكرسي ويناقشون مرة ثانية الأسباب لعدم تجنب الصراعات (المشكلات) .

ويوضح باترسون (Patterson,١٩٨٦) هذا الأسلوب بإجراء حوار بين المسترشد وبين أحد أعضاء المجموعة الإرشادية أو بين أجزاء الشخصية، حيث يوضع كرسيان متقابلان واحد يمثل المسترشد أو أحد أجزائه مثل الأنا السفلى والثاني يمثل أحد أعضاء المجموعة أو جانبا آخر من جوانب الشخصية كالأنا الأعلى، وعندما يبدأ الحوار ينتقل المسترشد من كرسي إلى آخر . أما دور المرشد فهو مراقبة المسترشد ليرى التقدم في الحوار، ويبدي المرشد ملاحظاته وتوجيهاته ، وقد يقترح عليه عبارات افضل .

٥- مشاركة المشاعر أو الأحاسيس الداخلية (Sharing Hunches) والتي تساعدالمسترشدين على تمييز ميولهم من خلال ابراز المعاني التي يستخدمها الإكلينيكي (أنا أرى ..... أنا أتخيل) تصريحات كإستجابة لسلوكات المسترشدين وتلفظاتهم .

٦- لعب الإسقاط (Playing Projection) حيث يسقط المسترشد الأجزاء التي لا يقبلها عن نفسه على الآخرين.

٧- الآن أنا واعٍ والتي تساعد المسترشدين لأن يصبحو واعين بحالتهم النفسية الداخلية وحالتهم العضوية من خلال غلق عيونهم، والاسترخاء ويصدرون تصريحات مثل :

الآن أنا واعٍ

ألآن أنا واعٍ بالتوترالحاصل في حنجرتي

الآن أنا واعٍ بأني قلق على الناس الذين يفكرون بفقدان سمعي.

إن الغـرض مـن هـذا الأسـلوب هـو ربـط المسترشـد بالحـاضر   بـالرغم مـن أن المشـكلة أو الإضطراب قد سببتها متغيرات ماضية ، لـذلك لا يجـوز للمسترشـد ان يسـتخدم الأفعـال الماضية ، ويركز على الحاضر .

٨- ألعاب الحوار (Game of dialogue) : التي تشجع المسترشدين على إستخدام الحوار لمحاورة صراعات الشخصية مثل العدائية السلبية والمسالم، المسيطر والمستضعف ، طيب وخبيث ، مذكر ومؤنث لكي يستطيع التمييز وبالتالي يمكن حل مشاكله.

٩- التدريب على لعـب الـدور والنقـيض (Role rehearsal and reversal) والتـي تسـهل لعـب أظهار ما في داخله عن طريق الطلب مـن المسترشـد عمـل أدوار جديـدة أو أدوار تكـون نقيضة لما إعتاد عليه ولصراعاته لكي نزيد من الوعي الذاتي . فمثلا الفرد الـذي لا يتفاعـل اجتماعيا يمكن اعطاء دور الفرد المتفاعل اجتماعيا ، والفرد الذي يخـاف يمكـن اعطـاء دور الفرد الشجاع.

١٠- التعبير عن الاستياء والتقدير (Expressing resentments and appreciations) والتـي تجعـل المسترشدين يميزون كلا مـن الصـفات الايجابيـة والسـلبية للأشـخاص المهمـين في حيـاتهم افضل مما يركزون على الجوانب السلبية فقـط ، والتـي تحسـن علاقـاتهم الشخصـية مـع الآخرين .

١١- تمارين اللغة (Language Exercises) هنـاك علاقـة بـين نمـط اللغـة التـي يسـتخدمها الفـرد وشخصيته، إذ أن اللغة تعبر عـن مشـاعرهم واتجاهـاتهم، ومـن خـلال التركيـز عـلى نمـط كلامهم يمكن أن يطوروا وعيا ذاتيا .

والكلمات يمكن أن تقربه من نفسـه أو تبعـده عنهـا . ومـن هـذه الـتمارين كـما يـذكرها كوري (Corey,١٩٨٥)

أ- كثيرا ما يستخدم الفرد كلمة (It) بديلا من أنا (I) للتنصل من المسؤولية مما هوشخصي- على سبيل المثال عندما يقول الفرد "أنه من المخجل أن ننظم إلى المجموعة "، وفي هذه الحاله ينصحه المرشد أن يعبر بالشكل الآتي " أنا أخجل أن أنظم إلى المجموعة .

ب- استخدام الضمير أنت بدلا من أنا ومثال على ذلك " انت تشعر بالألم إن رفضك أحدهم " ، ويبين المرشد الفرق بين هذه العبارة والعبارة لاتية " أنا أشعر بالألم عندما يرفضني أحد ". إن استخدام الضمير أنت بدلا من أنا هو أنه يفصل بين ما يشعر به وبين وذاته ، كما أنها أحدى الطرق للتخلص من تحمل المسؤولية. وإستخدام الأنا تجعله أكثر وضوحا .

ج- الأسئلة : لايشجع المدخل الجشطالتي الأسئلة للمسترشد أو مجموعة المسترشدين لأنها تغير الانتباه إلى الآخرين، وتضعهم في مواقف دفاعية، وغالبا ما يختبئ الفرد خلفها ليؤمن حاله . لذلك يرى الجشطالتيون الإجراءات الآتية للتعامل مع الأسئلة :-

- استخدام جمل مثبته مباشرة للشخص بدلامن استخدام أسئلة .
- تجنب استخدام أسئلة لماذا والتي ربما تقود إلى حلقة مفرغة ، ويمكن استخدام جمل تبدأ بكيف أو ماذا .
- استخدام ضمير المتكلم (أنا) في العبارات لكي يتحمل الفرد المسؤولية.

١٢- المقعد الساخن (The hot Seat) (Hanson ,١٩٧٦) : وهو أحد الأساليب التي يستخدمها المرشد مع المجموعة الاسترشادية بعد توضيح مفهوم المقعد الساخن ، ويخبر المرشد أعضاء المجموعة الاسترشادية أن من يريد أن يجلس على المقعد عليه أن يعرض مشكلته التي يعاني منها بصيغة المشاعر الحاضرة هنا الآن بمواجهة المرشد ، ويبدأ المرشد الذي يجلس في الكرسي المقابل

للمسترشد طرح الأسئلة الاستفزازية ، ويتعامل معه بعدائية . تستمر الجلسة من (١٠- ٣٠) دقيقـة إلى أن يصل المرشد والمسترشد إلى المشكلة الحقيقية التي تواجـه المسترشـد. ويمكـن أن يشـارك أعضاء المجموعة الاسترشادية بأمثلة وأسئلة مساعدة بعد أخذ موافقة المرشد.

إن هذا الأسلوب قد لا يكـون مناسـبا للتطبيـق مـع صـغار السـن ، كـما أن الموقـف العـدائي والأسئلة الاستفزازية قد تؤثر بشكل سلبي في العلاقة بين المرشد والمسترشد وخصوصا عنـدما لا يدرك ما المقصود من هذا الأسلوب .

٧- الإرشاد وفق النظرية الواقعية

ارتبطت النظرية الواقعية بالعالم وليم جـلاسر (William Glasser) والتـي قـدم تطبيقاتهـا عـام (١٩٦٥) ، يركز جلاسر في نظريته التي قد تتعارض مع النظريـة السـلوكية إن البيئـة لا تسـتثير سلوك الفرد ، وإنما الإستثارة تتـأتى مـن داخـل الفـرد ولـيس مـن خارجـه . إن السـيطرة عـلى السلوك يتحقق عندما نشبع حاجاتنا الذاتية . لذلك عندما لا يحقق الفـرد الحاجـات النفسـية والمادية فإن ذلك يؤدي إلى سوء التوافق.

ويرى جلاسر أن الفرد يسـتطيع الـتحكم بالصـحة العقليـة مـن خـلال اتبـاع أسـلوب الـتحكم بالذات فمثلا يقول أنا في حالة اكتئاب(I am depressing) أفضل من قولـه أنـا مكتئـب (I am depressed) ففي الأولى ترتبط بالفرد نفسه والتي يمكن التحكم بها، بيـنما الثانيـة قـد تـرتبط بمتغيرات بيئية لا يستطيع التحكم بها(Crowe,١٩٩٧).

تعد النظرية الواقعية مدخلاً قصير المدى موجهة بشكل آني . وهي عملية تربويـة مبنيـة عـلى العلاقة الايجابية بين المرشد والمسترشد ، تهدف إلى مساعدة المسترشدين كيـف يتعرفـون عـلى أنهم ليسوا متحكمين على حيـاتهم، وكيـف يسـتخدم هـذه النظريـة ليؤسـس الـتحكم الـذاتي لتحقيق حاجاته بطرق معقولة.

ويرى هذا الاتجاه بأن مصدر جميع الاضطرابات دون استثناء هو عدم قدرة الفرد من تحقيق حاجاته الضرورية، وأعراضه هي نتيجة لعجزه من مواجهة حاجاته. ويشترك جميع المضطربين وفق هذا الاتجاه في موقف واحد هو انكارهم لحقيقة العالم المحيط بهم ، مما يؤدي ببعضهم إلى مخالفة القوانين أو عدم الاعتراف بالقواعد الاجتماعية ، أو الشعور بالإضطهاد من قبل معارفهم، أو الخوف من الأماكن المزدحمة أو المغلقة، أو تحاشي ركوب الطائرات والمصاعد على الرغم من اعترافهم بعدم منطقية هذا التصرف (القذافي ، ١٩٩٧) .

وقد أشار جلاسر(١٩٨٠, Glasser) إلى ثمانية خطوات مترابطة تستخدم لمساعدة المسترشدين في تحقيق أهدافهم هي :

١- تكوين علاقة ارشادية ايجابية بين المرشد والمسترشد ، وهذا يتطلب قبول المرشد للمسترشد دون شروط تتخللها المودة والحب ، وأن يفهم بشكل حقيقي معاناته .

٢- التركيز على السلوك الحالي : فهي تهتم بالسلوك الذي يحدث في الوقت الحاضر وتركز عليه .

٣- تشجيع المسترشد على تقييم سلوكه : وقد يؤدي به إلى التعرف على سلوكه الخاص والحكم علية فيما إذا كان صحيحا أو خاطئا، لأنه هو الفرد الأساسي الذي يتطلب منه تغيير سلوكاته بمساعدة توجيهات المرشد.

٤- تطوير خطة للسلوك الإيجابي وهي ترتبط بالنقطة السابقة عندما يدرك المسترشد أن سلوكه غير صحيح ، وهنا يتطلب تطوير خطة لتجاوز السلوكات الخاطئة ، إذ يشترك المسترشد مع المرشد في وضع هذه الخطة بحيث تكون عقلانية .

٥- الإلتزام الدقيق في تنفيذ الخطة بمساعدة المرشد من خلال التوجيهات، ومناقشة المسترشد في حال عدم الإلتزام بالخطة .

٦- عدم قبول الأعذار من المسترشد عندما لا يلتزم بالخطة، وفي حالة اصرار المسترشد على رفض الخطة ، فيعاد وضع خطة جديدة ، يمكن الإلتزام بها.

٧- لا تستخدم العقاب مع المسترشد : لأن العقاب غالبا ما يؤدي إلى نتائج عكسية ، ونحن نعرف ان العلاقة الارشادية بين المرشد والمسترشد مبنية على الحب والمودة والاحترام والقبول ، ولا يتماشى ذلك مع العقاب .

٨- لا تتخلى عن الخطة لأن الهدف منها تحقيق الأهداف التي وضعت من أجلها .

الفصل العاشر

التواصل غير اللفظي

(Nonverbal Communication)

ماهية التواصل غير اللفظي

أنواع التواصل غير اللفظي

وظائف التواصل غير اللفظي

العلاقة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي

ماهية التواصل غير اللفظي (Nonverbal Communication)

يعد التواصل غير اللفظي أقدم من التواصل اللفظي على مستوى التطور الإنساني ، فقد بدأ التواصل بين البشر تواصلا غير لفظي إلى أن تعلم الانسان اللغة .

يلتقي ذلك مع تطور الطفل إذ لا يستطيع الطفل أن يعبر عن أفكاره ومشاعره وحاجاته باللغة المنطوقة ، وإنما يتواصل مع أمه والقريبين منه بالتواصل غير اللفظي ، فعندما يريد الحليب مثلا يمسك بأمه بقوة . وقد يكون التواصل أوضح للطفل من التواصل اللفظي، فإبتسامة الأم وإقبالها عليه في علاقة حب أوضح من لغة الأم اللفظية التي قد لا يعرف دلالاتها .

كما أن التواصل غير اللفظي أكثر صدقا من التواصل اللفظي ، فقد تكون الألفاظ غير صادقة ، ولكن ما يظهر على الفرد من حركات وسكنات وانفعالات تدلل على المكنون الذاتي الذي قد يكون في اغلب الأحيان بعيدا عن الكذب والتظاهر .

ويعرف التواصل غير اللفظي بأنه التواصل بلا كلمات ، وتتضمن السلوكات الواضحة التي تظهر من خلال التعبيرات الوجهية، العيون ، اللمس ، نغمة الصوت، ووسائل أخرى أقل وضوحا مثل اللبس ، الوقفة ، المسافة المكانية بين أثنين أو أكثر . إن التواصل غير اللفظي متعلم بعد ولادة الطفل عن طريق الملاحظة والتقليد

ويمكن للمختص الكلامي اللغوي أن يستخدم التواصل غير اللفظي بطريقة حميمة بعيدة عن الخوف ، والتي يمكن أن يحقق من خلالها القبول والاحترام . والتواصل غير اللفظي واسع القنوات كالمظهر المادي، الايماءات، الحركات، السكنات، الانفعالات، موقف الفرد من الآخر ، اللبس . وكل نوع من الأنواع السابقة له أشكال متعددة فمثلا لو أخذنا الحركات فيمكن أن تستخدم بأشكال كثيرة فتحريك الرأس إلى الأعلى والأسفل تدل على الموافقة والقبول، بينما تحريكه إلى اليمين واليسار تدل على الرفض وعدم الموافقة . وعندما يفرك الفرد يديه أو يرفس رجله بالأرض ، أو يطقطق أصابعه فهذا يدل على الحيرة أو التوتر.

كما أن التعبير الواحد قد يختلف بدلالته وفق ما يقترن به فإبتسـامة الاستحسـان ومـا يرافقهـا من ملامح قد تختلف عن ابتسامة السخرية والاستهجان ، أو الرفض والتهكم . وأحيانا قد نجد صـعوبة في معرفة الدموع هل هي نتيجة للفرح الشديد أو الحزن .

وقد يختلف سلوك التواصل غير اللفظي وفق ثقافة المجتمع فتلاقي العيون والحركات الوجهية والمسافة الشخصية بين الأفراد قد لا تكون واحدة في كل المجتمعات . فمثلا رفع الإبهام عاليـا يعـد حركـة ايجابية في الولايات المتحدة الأمريكية ، بينما تشكل إهانة وقحـة في نيجيريـا . ويعـبر العـرب وإيـران عـن الحزن بشكل مفتوح من خلال النحيب بصوت عالٍ بينما يعبر الصينيون واليابـانيون عـن الحـزن بالهـدوء الواضح .

يستخدم جميع الناس التواصل غير اللفظي ، وقد يكون مرافقـا للفظـي للتوضـيح، وقـد يكـون التواصل غير اللفظي أكثر فاعلية مـن التواصـل اللفظـي وخصوصـا تلـك المتعلقـة بالأشـكال ، الوجهـات ، والتعابير الشخصية . والتعبيرات الانفعالية الداخلية قد تكـون أكـثر صـدقا مـن اللفـظ كـما أسـلفت ، لأن الألفاظ غالبا ما تستخدم لما يتعلق بالعالم الخارجي . كما أن التواصل غير اللفظي لا يمكن السيطرة عليـه كما هو الحال بالنسبة للكلمات فمثلا قد يعبر لون الجلد على الحالة الانفعاليـة الحقيقيـة للفـرد فعنـدما يخجل الفرد يتغير جلده إلى اللون الأحمر ، وعندما يكون الفرد قلقا يميل لون جلده إلى الشحوب.

ويستخدم التواصل غير اللفظي بشكل كبير جدا في الصف ، ويعد من الأساليب المهمة في سلوك إدارة الصف .

يحدث التواصل غير اللفظي في اطار الصف من خلال البيئة المادية والمسافة المادية والتعبـيرات الوجهيـة، والايماءات الصوتية ، وحركات الجسم، والاشارات ، واللمس، والوقت، والجاذبية الجسدية واللباس .

أنواع التواصل غير اللفظي

١- **لغة الإشارة** (Sign Language) : هي أشهر الطرق استخداماً للتواصل بين المعاقين سمعياً التي تعتمد على اليد أو الذراع للتعبير عن الأفكار والمفاهيم اضافة الى ما يستخدم معها من إيماءات وحركات وسكنات توضيحية، وهي وسيلة ملائمة للصغار الذين يفتقرون إلى المهارات اللغوية اللفظية. لا يوجد اتفاق على لغة الإشارة في جميع دول العالم فمثلاً عندما يضع يده على وجهه ليقصد يوم الاثنين لانه عطلة الحلاقين في الأردن، بينما تكون هذه الاشارة لتدل على يوم الاربعاء لانه عطلة الحلاقين في البلد الآخر ، وعندما تضع اليد اليمنى على اليد اليسرى لتكون كاشارة (X) لتدل على يوم الثلاثاء وهو يوم زيارة المساجين في الأردن قد يكون في بلد آخر يوم الجمعة . فلغة الاشارة لها دلالات قد ترتبط بالبيئة المحلية المعاشة . وغالباً ما يستخدم الاشارات التي تدل على الاشياء بالبيئة المادية والاجتماعية، ولكن قد تكون هناك قواسم مشتركة.

وقد تكون الاشارات وصفية (مادية) كما هو الحال بالنسبة للطول والوجه وغير وصفية (غير مادية) كما هو الحال عندما نرفع السبابة والوسطى للدلالة على النصر لذلك فان بعض الجامعات الغربية وخصوصاً بالولايات المتحدة اصدرت القواميس للاشارات في مجالات التعليم المختلفة.

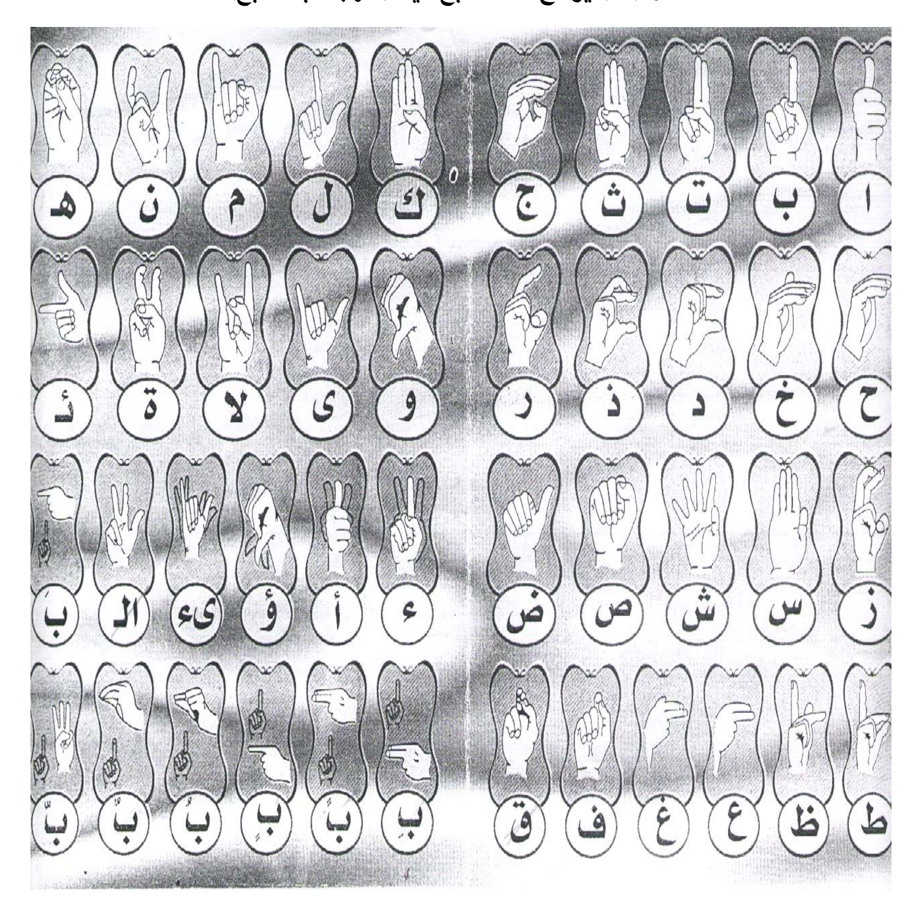
٢- **التهجئة بالأصابع Finger Spelling** وهي الطريقة التي تستخدم نظام الأصابع وعملها بأشكال مختلفة ، وكل شكل يعني حرفاً من الحروف الهجائية ، وقد تشكل اصابع اليد بحيث تعطي شكل الحرف الهجائي وتتميز بسهولة تعلمها، ولا تحتاج الى جهد عضلي للقيام بها. كما سيتوضح ذلك بشكل الحروف الهجائية.

ان هذه الطريقة تستخدم في مراكز ومؤسسات الصم وضعاف السمع لتهجئة الاسماء، ولا تستخدم في الحديث العام فكل معاق يذكر اسمه بطريقة التهجئة بالأصابع، وعندما أزورهم ولا يعرفون اسمي فهم يستخدمون لغة الإشارة

للدلالة على كوني دكتور في الجامعـة. تسـتخدم اليـد الأولى لتمثـل الحـروف الهجائيـة بيـنما تمثـل الثانيـة للحركات.

والشكل (١١) يوضح ذلك

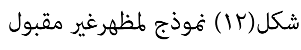
شكل (١١) يوضح لغة أصابع اليد (التهجئة بالأصابع)



(الظاهر ،٢٠٠٨)

٣- **المظهر الجسدي** (**Physical Appearance**) إن المظهر بشكل عام من حيث الطول والوزن والشـكل يؤثر بشكل أو بآخر في الانطباع الذي يؤخذ من الآخر ، وهي ثابتة لا نستطيع التحكم بها . ولكن يمكن أن نختار اللبس المناسب الذي يتناسب مع المهنة وخصوصا عندما نتعامل بـبعض القضـايا الحساسة مع المسترشدين ، الوالدين أو بقية أفـراد الأسرة . فقـد تكـون بعـض قصـات الشـعر أو اللون أو الأوشام المفرطة بعيدة عن ادبيات مظهر المهنة ، وقد تكون أحيانا مهددة لبعض النـاس . لذلك يتطلب من المرشد أن يوازن بين ما يفضله ومتطلبات المهنة . ولا نريده أن يتخلى عن كل ما يفضله ، وليكون نموذجا ، وإنما يجب أن يكون مقبولا مع من يتعامـل معـه، لأن قبولـه يـؤدي إلى التواصل والتجاوب والانفتاح الذي هو مهم في التقيـيم والعـلاج . فمـثلا المعطـف الأبـيض يعطـي مصداقية عندما تتعامل مع الأفراد طبيا . ولكن قد يكون غير ضروري عندما تتعامل مـع الأطفـال في المواقف الأخرى غير الطبية .

ويمكن أن تكون الصورة الآتية نموذجا للمظهر غير المقبول وخصوصا للأطفال.


شكل(١٢) نموذج لمظهرغير مقبول



- **ايماءات وحركات الجسم (Body Movement and Gestures)**

تعد الإيماءات والحركات الجسمية من أكثر الأنماط شيوعا لنقل الرسائل غير اللفظية مـن خـلال الأيدي والأذرع والأرجل والوجه ، إذ يمكن أن نرسل من خلالها رسائل كثيرة للآخرين فمثلا حركات حاجب العين يمكن أن تعطي معاني كثيرة. والتواصل غير اللفظي سلوك لا يعتمد اللفظ .

يشير فلاشروفوجل (Flasher & Fogle ,٢٠٠٤) إلى اننـا نسـتطيع نقـل مشـاعرنا إلى الآخـرين عـن طريق الإيمـاءات الكبـيرة (Macrogestures) مثـل الأوضـاع الجسـمية ومواضـع اليـد والـذراع . والايمـاءات الصغيرة (Microgesters) مثل تلاقي العيون، ومضات العين والتعبيرات الوجهية المقصودة وغير المقصودة.

ويمكن للمرشد والمسترشد معرفة ارتياح أو عدم ارتياح كل منهما من خلال الحركات الجسدية . فمثلا عندما يكون المرشدون متوترين وغير متأكدين من التواصل مع المسترشـدين يضـعون ايـديهم عـلى شكل علامة (X) على الصدر . كما تؤشر الحركات

والوضعيات الجسمية عن الثقة بالنفس والحيوية أو التعب أو المركز الاجتماعي. ويمكن للمعلم في اطار الصف أن يستخدم الرسائل غير اللفظية في إدارة الصف من خلال الحركة والوقوف والنظر الشزر والتوقف عن الكلام . كما يستطيع المعلم التعرف على انطباعات المتعلمين من خلال بعض الرسائل غير اللفظية التي تدل على الارتياح أو عدمه، من خلال قراءة العيون وحركاتهم فمثلا الحركة القلقة التي يبديها المتعلمون تدل على عدم ارتياحهم ، أو النظر إلى الساعة تدل إلى أنهم وصلوا إلى حد الملل من المحاضرة. وكثيرا ما يستخدم المعلم حركة الرأس للقبول أو الرفض فمثلا عندما يتحدث المتعلم عن موضوع معين، ويحرك المعلم رأسه إلى الأعلى وإلى الأسفل فهذا يدل على القبول مما يدعو المتعلم إلى الإسترسال في حديثة وخصوصا مع الأطفال المضطربين لغويا وكلاميا، والرسالة غير اللفظية هنا أكثر فاعلية من الرسالة اللفظية لأن الأخيرة قد تشكل مقاطعة للمتعلم مما تؤثر في إسترساله بأفكاره . كما أن المتعلمين يستخدمون رسائل غير لفظية متنوعة كالابتسامات والتقطيب والنود بالرأس لإيصال رسائل إلى المعلمين في تقليل السرعة أو زيادته أو القبول أو الرفض وغيرها .

كما يمكن للمعلمين أن يظهروا الحماس والحرارة والثقة والتوكيدية وعدم الراحة من خلال التعبيرات الوجهية والترنيمات الصوتية والايماءات . وعندما لا يكون هناك تناغم بين التواصل اللفظي وغير اللفظي فإن ذلك يودي إلى جعل المتعلمين في حيرة ، مما قد يؤثر في اتجاهاتهم وتعلمهم .

ولا يقتصرالتواصل غير اللفظي على الجنس البشري ، فقد تستجيب الحيوانات الأليفة للسلوك غير اللفظي أفضل من السلوك اللفظي ، فعندما تريد من كلب أليف أن يجلس فإن حركة اليد أو الجسم أفضل بكثير من قول لفظة اجلس .

٤ - التعبيرات الوجهية (Facial Expressions)

ابتداء لابد من القول أن التعبيرات الوجهية بشكل عام أكثر صدقا من الكلمات، ويمكن أن نستشف من خلال المظهر الوجهي الذي يتضمن التجاعيد،

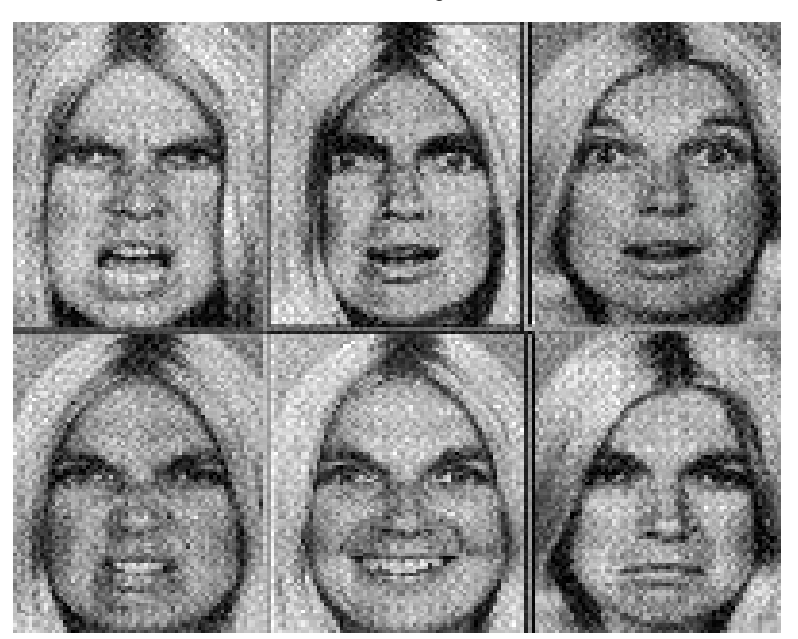
عضلات الوجه ، لون الوجه ولون العين معلومات عن العمر ، الجنس ، القومية، الأصول العرقية ، المركـز الاجتماعي .

أما المجموعة الثانية الأقل بقاء مـن الأولى المتعلقـة بـالمظهر الـوجهي فتتضـمن طـول الشـعر ، تسريحة الشعر ، النظافة ، اللحية طويلة أو قصيرة ، مرتبة أوغير مرتبة ، وجود شوارب أو عـدم وجودهـا، وما هو شكلها في حالة وجودها .

وتتضمن المجموعة الثالثـة التعبـيرات الوجهيـة الآنيـة التـي تظهـر عـلى الجبـين والحواجـب ، والأهداب ، والخد والأنف والشفاه والحلق مثل رفع حاجب العين ، أو لم الشفة وغيرها .

والشكل التالي يوضح التعبيرات الوجهية :-

شكل (١٣) يوضح التنعبيرات الوجهية



ويمكن للفرد أن يمثل العبوس والفرح بعد أن يهيئ نفسه ، ولكن قد يكون ذلك صعب أن يحدث في المواجهة المباشرة .

يشير ميلر (Miller,١٩٨٨) في هذا الصدد إلى أن بعض نتائج البحوث المتعلقة في هذا الموضوع توصلت إلى أن ثلثي التواصل هو تواصل غير لفظي، وثلث فقط هو التواصل اللفظي. وأقترح خبراء آخرون إلى أن (٧%) من الرسائل ترسل لفظيا، و(٩٣%) هي رسائل غير لفظية منها (٥٥%) تعبيرات وجهية ، و(٣٨%) ترنيمات صوتية .

٥- العيون (Eyes)

تعد العيون من القنوات المهمة في عملية التواصل غير اللفظي والتي تتسم بالاستمرارية ، ويمكن أن يعبر من خلالها عن الحب والكراهية والذنب أو يعبر عن الثقة والمساندة . تتميز لغة العيون بأنها لا تحتاج إلى قاموس يترجمها ، وقد تكون لغة عالمية، أي أن هذه التعابير ليست خاصة بشعب دون غيره . ويمكن أن تكون لغة معبرة عن حقيقة التواصل اللفظي، فعندما تخرج الدموع بصمت بعد أن ينهي الفرد كلامه، أو قبل أن يتكلم فهذا يدلل في الأغلب على صدق ما يقول .

وفي مجال الاعاقة السمعية عندما نعلم الطفل لغة الشفاه (Lip reading) تكون من الشروط الواجب توفرها عند التحدث مع الطفل هو أن تتكلم العيون كما تتكلم الشفاه.

ويمكن أن نرسل رسائل متنوعة تدل على القبول والاستحسان أو الرفض ، كما أن تلاقي العيون بين المرشد والمسترشد في مجال الاضطرابات اللغوية الكلامية يدلل على حالة الاستشعار التي تساعد المسترشد على كشف المزيد عن الذات والتي تساعد المرشد على اختيار الطريقة العلاجية المناسبة .

ويمكن للمعلم استخدام لغة العيون في عملية إدارة الصف ، وتوزيع النظرمن الفنيات المهمة في ضبط الصف ، وتلاقي العيون بين المعلم والمتعلمين في عملية التواصل والتي تضمن انتباه المتعلمين وتفاعلهم، لذلك تعد هذه النقطة واحدة من النقاط التي تؤثر في ناتج العملية التعليمية .

٦- التقارب (المسافة بين فردين أو مجموعتين خلال التواصل) (Proxemics)

وتعد المسافة بين الأفراد خلال عملية التواصل مؤشرا على العلاقة بينهما . والفراغ الشخصي- يشـير إلى أقل مسافة ممكنة تملي حالة الارتياح خـلال عمليـة التواصـل، وقـد تختلـف المسـافة وفـق متغـيرات متعددة كالعلاقة بـين المتواصـلين ، التفاعـل ، النشـاط مـع الشـخص الآخـر والخلفيـة الثقافيـة (Flasher &Fogle,٢٠٠٤) .

إن المسافة المناسبة قد تؤشر على الإحترام والتقدير ، بينما المسافة الكبيرة جدا قد تؤشر على عـدم الإرتياح أو الكره .

وقد أشار هيل (Hall ,١٩٦٦) إلى اربعة مسافات والتي لوحظت بشكل عام في شمال امريكيا :-

١- المسافة العميقة (Intimate Distance) وتتراوح بين المسك المادي أو من صفر إلى (١٨) انج ، وتؤشر على العلاقة العميقة .

٢- المسافة الشخصية (Personal Distance) وتتراوح ما بين (١٨) أنج إلى اربعة أقدام وهي المسافة المناسبة في حالة مناقشة المعلم المتعلم لقضايا شخصية كالدرجات والسلوك والمشاكل الخاصة .

٣- المسافة الاجتماعية (Social Distance) وتتراوح ما بين (٤) أقدام إلى (١٢) قدم ، وهي مسافة مناسبة بين الأصدقاء العاديين .

٤- المسافة العامة (Public Distance) وتكون بحوالي (١٢) قدم أو أكثر، وتكون هذه المسافة مثلا بين المعلم والمتعلم عندما تكون العلاقة بينهما رسمية. وقد يشعر المتعلمون في هذه الحالة أن المعلم بارد وبعيد عنهم .

ولابـد مـن الإشـارة إلى أن هـذه المسـافات قـد تختلـف بـإختلاف الخلفيـات الثقافيـة، العرقيـة، الاجتماعية ، الجنس. فعلى سبيل المثال تشير الدراسات إلى أن الأناث أكثر حساسية مـن الـذكور للمثـيرات غير اللفظية، وهن أكثر قدرة على قراءة المشاعر من الذكور ، وقد تعود هـذه الاختلافـات إلى الـدماغ ، أو في احتمالية وجود فروق بيولوجية، (Buck ,١٩٨٩) .

أما في مجال الاضطرابات اللغوية الكلامية فيستخدم المختص اللغوي الكلامي المسافة الشخصية التي تتراوح ما بين (١,٥-٤ أقدام) ، أما إذا كانت هناك منضدة فالمسافة تكون ما بين (٢,٥-٤ أقدام) . وتستخدم المسافة العميقة (Intimate Distance) التي تتراوح ما بين (٠- ١٨ أنج) في التقييم والعلاج وخصوصا عندما يتطلب الأمر لمس المسترشد (Flasher &Fogle ,٢٠٠٤) .

٧- اللمس (Touch)

يعد اللمس من أنواع التواصل غير اللفظي والذي يمكن أن يستخدم في كثير من المؤسسات التعليمية وغير التعليمية . وغالبا ما ينقل الآباء مشاعرهم جسديا عن طريق اللمس ليعبروا عن حبهم واستحسانهم لأبنائهم . ونحن نعرف أن الطفل في بدايه حياته يتواصل بشكل غير لفظي قبل أن يكتسب اللغة .

إن اللمس بشكل عام في معظم العلاقات الإنسانية تدفع الآخر معنويا ، وتعبر عن الحب والرقة ، وتظهر المساندة الانفعالية . وتعتمد فاعلية اللمس على متغيرات كالحالة، الثقافة ، الجنس . ويدرك العاملون في المستشفيات والممرضات في البيوت أهمية اللمسة الاستشعارية في العلاج .

ويستخدم المعلمون اللمس في اطارالصف لخلق حالة من التفاعل الايجابي مع المتعلمين وخصوصا الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة، وهذا يؤدي إلى زيادة دافعيتهم مما يؤثر بشكل ايجابي في تعلمهم . وقد يستخدم اللمس في بعض الأحيان كوسيلة لضبط المتعلمين المتهورين، لوضعهم في أماكنهم المخصصة لهم . وعندما ينأى المعلم بنفسه عن لمس الطفل ، ويبتعد عنه فإن ذلك قد يغرز في الطفل شعورا بأنه منعزل أو غير مرغوب فيه، الأمر الذي يؤدي إلى خلق اتجاها سلبيا نحو المعلم بشكل خاص والمدرسة بشكل عام.

ويستخدم المختص اللغوي الكلامي والسمعي اللمس مع المسترشـدين والمـرضى وخصوصـا في عمليـة التقييم خلال اختبارات الجانب النطقي، واضطرابات البلع، وتمارين أعضاء النطق والتقييم السـمعي مـع مختلف الأعمار .

وتتأثر عملية اللمس بحرارة اليد أو برودتها ، وعندما نقرأ في الكتب الأجنبية فإنهم يركزون على اليد الدافئة أو الحارة لأنها تبعث على الارتياح . ولكن قد لا يكون الحال كذلك في البلدان الحارة ، وقد تكون اليد الباردة تبعث على الإرتياح .

٨- اللبس (Dress)

يعد اللبس شكلا من أشكال التواصل غيراللفظي إذ يعطي مؤشرات على الجنس، العمر ، المستوى الاجتماعي الإقتصادي، المركز الاجتماعي ، الشخصية ، وقد يمثل حقبة من التأريخ .

وقد يكون اللبس تعبيرا عـن الآراء والأفكـار ، أو تجسـيدا للقـيم الجماليـة كـما يراهـا، أو للمشـاركة الاجتماعية .

وقد لا يختلف اثنان على أن صاحب اللبس الجيد الذي يتماشى مع العرف الاجتماعي أكثر قبولا مـن الآخر الذي لا يكون لبسه مقبولا ، ويتقاطع مع العرف الاجتماعي ، كما أن اللبس يجـب أن يكـون ممـثلا للمكانة والمركز الاجتماعي .

وقد يرافق اللبس المكياج والجواهر والعدسات وهي كذلك تعطـي مـؤشرات عـلى شخصـية الفـرد ، فمثلا هناك في الغالب ربط بين لبس النظارات والقراءة الكثيرة ، إذ أن الفرد الذي يكثر من القـراءة يقـل بصره مما يتطلب لبس نظارة ، وهنك ربط كذلك بين كثرة القراءة والـذكاء إذ أن الأكـثر ذكـاءً أكـثر قـراءة بشكل عام من الأقل ذكاءً .

٩- الدلالات الصوتية (Vocal Cues)

تعد الدلالات الصوتية شكلا من أشكال الرسائل غير اللفظية التي يمكن أن نستشف من خلالها بعض الصفات كالمظهر العام، نمط الجسم، الطول، العرق ، التربية، واللهجة.

إن دلالات ما بعد اللغة (Paralinguistic) تكشف الحالات الانفعالية للمتكلم، يظهر ذلك من خلال علو الصوت (Loudness) طبقة الصوت (Picth) ، السرعة (Rate) طابع الصوت (Timbre) التغير في درجة الصوت (Inflection).

على سبيل المثال ، تكون طبقة الصوت عند الفرد في حالة التوتر عاليـة، وتلفـظ الكلـمات أسرع مـن العادي. بينما تكون طبقة الصوت في حالة الإكتئاب منخفضة، وتلفظ الكلمات أبطأ من العادي .

وقد تختلف الكلمات والعبارات في دلالتها ومعناها اعتمادا على المتغيرات السابقة، إذ تدل على الامتنان إذا ما تلفظت بإحترام ونبرة مقبولة، بينما قد تدل على عكس معناها عندما تتلفظ بسخرية واستهزاء .

كيف يمكن أن نحسن فهم الرسائل غير اللفظية ونعزز قدراتنا على التواصل بفاعلية مع الآخرين

١- اعط اهتمامـا للإشـارات غـير اللفظيـة، إذ يمكـن أن تتواصـل مـع الآخـرين بطـرق شـتى كالايمـاءات، وحركات الجسم، والتعبيرات الوجهية،وتلاقي العيون، ونغمة الصوت. وقد تكون الرسائل غـير لفظيـة اصدق من الرسائل اللفظية كما أشرنا إلى ذلك من قبل

انظر إلى السلوك المتناقض : يحدث أحيانا عدم تطابق الألفاظ مـع مـا يظهـر مـن اشـارات وعلامـات جسمية ، كأن يقول الفرد أنه سعيد وهو مقطب الحاجبين أو محدق على الأرض . وعنـدما لا يكـون هناك تطابق بين القول والسلوك الظاهري، فأن القول في أغلب الأحيان لا يعتـد بـه، ويجـري التركيـز على التعبيرات غير اللفظية.

٢- ركز على نغمة الصوت عند التكلم : إن نغمة الصوت قد تحمل في طياتهـا رسـائل حقيقيـة، وتعطـي دلالات متعددة من الحماس إلى عدم الإهتمام إلى الغضب. ويحاول الفرد أن يستخدم نغمة الصـوت للتأكيد على الأفكار التي يتواصل بها مع الآخرين . فـالفرد يمكـن أن يظهـر الحـماس والإهـتمام مـن خلال نغمة الصوت .

٣- استخدم تلاقي العيون بشكل جيد : إذ أن الفرد عندما لا ينظر إلى الآخر وتتلاقى العيـون فقـد يـدل على تجنب الآخر أو اخباء شيئ ما . كـما أنـه في ذات الوقـت عنـدما تتلاقـى العيـون أحيانـا بشـدة وبتطرف فقد تعني التحدي أو تخويف الآخر . ولكن يفترض أن تكـون هنـاك فواصـل ، أي لا تكـون محدقا بشكل ثابت لفترة طويلة .

٤- أسأل أسئلة حول الإشارات غير اللفظية: إذا كانت الأمور غير واضحة بالنسبة لك، لا تـتردد ولا تخـف من أن تسأل الآخر ان يعيد ما قاله وتتوضح منه لتكون الرسائل واضحة .

٥- استخدم الإشارات ليكون التواصل فاعلا وذا معنى : يعمل التواصل اللفظي وغير اللفظي معا لإيصال رسائل واضحة ، إذ تكون الرسائل اللفظية أكثر فهما إذا ما عـززت بإشـارات غـير لفظيـة ، وغالبـا مـا تساند الإشارات غير اللفظية التواصل اللفظي وخصوصا عندما تتكلم في جماعات .

٦- استخدم مجموعة من الإشارات ، ولا تقتصر على واحدة : إن اشارة واحـدة قـد تعنـي أشـياء كثـيرة ، وقد لا تعني شيئاً . والوسيلة الأساسية لإيصال رسالة مقروءة من قبل الآخر بإستخدام أكثر من اشارة لتعزيز الفكرة التي تريد ايصالها . وعندما تسـتخدم اشـارة واحـدة فقـد تجعـل الرسـالة التـي تريـد ايصالها غير واضحة .

٧- أعط وزنا لسياق الحديث : عندما تتواصـل مـع الآخـرين عليـك أن تعطـي اهتمامـا للوضـع وسـياق الحديث الذي يجري فيه ، فما هو مناسب في وضع ما قد لا يكون ملائما في وضـع آخـر . يتطلـب في بعض المواقف الرسمية سلوكا معينا ، وقد يختلف تماماً في موقف آخر. وعنـدما تختـار السـلوك غـير اللفظي عليك أن تختارها بما يتناسب مع الحالة .

٨- كن واعيا بأن بعض الإشارات يمكن أن يساء فهمها : تبعا لبعض الناس تشـير المصـافحة القويـة عـلى قوة الشخصية والمصافحة الضعيفة على الـنقص في الثبـات أو الشـجاعة. وقـد لايكـون الحـال كـذلك فيشير هذا المثال إلى امكانية سوء فهم السلوك

غير اللفظي، فقد تكون المصافحة الضعيفة نتيجة لإلتهاب المفاصل. لذلك فإن مجموعة من السلوك غير اللفظي أفضل لإيصال الرسالة من سلوك لفظي واحد .

٩- التدريب والتدريب ثم التدريب

يظهر أن بعض الناس لديهم القدرة على استخدام التواصل غير اللفظي بشكل فاعل، كما أن لديهم القدره على تفسير السلوك غير اللفظي للآخرين. ويطلق على هؤلاء الناس أن لديهم القدرة على قراءة الناس. ويمكن للفرد أن يمهر في قراءة السلوك غير اللفظي من خلال الإنتباه الشديد ، والتدريب المستمر على أنماط مختلفة من السلوك غير اللفظي . لذلك كلنا نعرف قدرات الأفراد الفاقدين السمع من استخدام السلوك غير اللفظي ، كما أن لهم القدرة على فهم الإشارات غير اللفظية ، وقد يكون ذلك نتيجة للملاحظة والتدريب التي أشرنا اليها .

WWW.About.Com:Psychlogy

وظائف التواصل غير اللفظي

قد يمكن القول أن التواصل غير اللفظي أكثر أدبأ وأفضل من التواصل اللفظي إذ غالبا ما يبعد الفرد عن الخجل والإحراج، على سبيل المثال سكوت البنت عن الاجابة بكلمة نعم أمام أبيها عندما تسأل عن الزواج يدل على القبول، ويبعدها عن الإحراج والخجل . كما أن التواصل في ذات الوقت يمكن أن يبعدك عن الإكتشاف في حالة الكذب .

على أية حال أشار أرجيل (Argyle ,١٩٨٨) إلى وظائف السلوك الجسمي للتواصل غير اللفظي هي :

١- التعبير عن المشاعر .

٢- التعبير عن الاتجاهات الشخصية .

٣- لمرافقة وتنظيم عملية التواصل من خلال الإيماءات المرافقة للتواصل اللفظي بين المتكلمين والسامعين.

٤- الترحيب .

٥- التقديم الذاتي لشخصية الفرد

العلاقة بين التواصل اللفظي وغير اللفظي

ابتداء لابد من طرح السؤال الآتي ، هل ان العلاقة بين التواصل اللفظي وغـير اللفظـي حتميـة ، الجواب سيكون بالتأكيد نعم ، إذ لا يمكـن بشـكل عـام ان تكـون الرسـالة لفظيـة بحتـة دون أن يرافقهـا رسائل غير لفظية من تلاقي العيون وحركات الجسـم، والتلميحـات والإيمـاءات ، والهيئـة العامـة للجسـم والمسافة ، وغيرها والتي تحمل في طياتها معاني ، قد تكون في بعض الأحيان تفـوق الرسـائل اللفظيـة . أي يمكن القول بشكل عام أن الرسائل غير اللفظية تكون أكثر وزناً من الرسائل اللفظية. وقد بحـث مهربيـان وسوزان (Mehrabian&Susan ,١٩٦٧) الفرق في الأفكار المستقاة من خلال الرسائل اللفظية وغير اللفظية ، وتوصل إلى الأفكار التي تستقى من الكلام المحكي تشكل (٧%) ومـن الترنـيم الصـوتي (٣٨%) والتعبـيرات الوجهية (٥٥%). وبالرغم من تحفظي على هذه الأرقام والمبالغة فيها إلا إنها تـدلل عـلى أهميـة الرسـائل غير اللفظية .

على أية حال ، يحدث التفاعل بين الرسائل اللفظية وغير اللفظية من خلال الطرق الآتية :-

١- الإعادة (Repeating) عادة ما يستخدم الفرد الرسائل غـير اللفظيـة خـلال الإعـادة مـن إيمـاءات وحركات لتقوي وتعزز وتوضح الموضوع المطروح أو المناقش .

٢- الصراع (Conflicting) يمكن أن تتعارض الرسائل اللفظية وغير اللفظيـة إذ قـد تـؤدي إلى رسـائل مختلفة أو متعارضة . وعندما يريد الفرد التكلم عـن حقيقـة مـا، لكنـه في ذات الوقـت يظهـر حركات لا تدل على تلك الحقيقة كأن يتململ بشكل غريب أو يتفادى تلاقـي عيونـه بـالآخر . وتحدث الرسائل المشوشة أو المتضـاربة لأسـباب عديـدة تـنجم في أغلـب الأحيـان عـن مشـاعر الحيرة والتردد والإحباط.

٣- التكميل أو التتميم (Complementing) نتوصل إلى تفسيرات دقيقة للرسائل بشكل أسهل عندما يكون هناك تفاعل بين الرسائل اللفظية وغير اللفظية ، أي أن الرسائل غير اللفظية تكمل وتتمم الرسائل اللفظية . وعادة ما نستخدم الرسائل غير اللفظية لتوضح الرسائل اللفظية ، وتعزز المعلومات المرسلة لتحقيق أهداف التواصل . كما أنّ استخدام الرسائل غير اللفظية إلى جانب الرسائل اللفظية يساعد على ابقاء المعلومات وتذكرها .

٤- الاستبدال (Substituting) يستخدم السلوك غير اللفظي في بعض الأحيان كقناة وحيدة لإيصال الرسالة . ويمكن أن يتعرف الناس على نوايا ومشاعر الآخرين من خلال التعبيرات الوجهية، حركات الجسم، والمواقف. وعندما لا يستطيع الفرد ايصال الرسالة بشكل فاعل عن طريق السلوك غير اللفظي ، يلجأ إلى استخدام الطرق اللفظية لتعزيز عملية الفهم.

٥- التنظيم (Regulating): ويمكن أن يستخدم السلوك غير اللفظي لتنظيم النقاشات بين المتحاورين فعندما يؤشر أحد أعضاء البرمان بوضع اليد اليمنى بوسط اليد اليسرى فهذا يشير إلى نقطة تقاطع ، ويريد التدخل . وعندما يمسك فرد بذراع الآخر ليعطية إشارة بأنه يريد التحدث بعد المتحدث الحالي ، أو يريد المقاطعة .

٦- التشديد أو الإعتدال(Accenting /Moderating) : يمكن أن تستخدم الإشارات غير اللفظية لتغيير تفسير الرسائل اللفظية . فقد نشدد أو نضخم الرسائل المرسلة من خلال اللمسة ، طبقة الصوت والإيماءات .

كما يمكن أن تستخدم الإشارات غير اللفظية لتعديل أو تخفيف الرسائل المرسلة. ومن الأمثلة على ما سبق أن الشخص الذي يعبر عن غضبه لفظيا ، يمكن أن يشدد ويضخم غضبه من خلال سلوك غير لفظي كهز قبضة اليد .

(Knapp & Hall , ٢٠٠٧)

المراجع

المراجع العربية

- البدري ، أحمد (١٩٨٥). **أسرار وعيوب الكلام** . القاهرة : مطبعة المدني .
- الحمداني ، موفق (١٩٨٢) **اللغة وعلم النفس** . الموصل : دار الكتب للنشر .
- البوشيحى ،عز الدين (٢٠٠٢). نحو استثمار اللسانيات في تعليم اللغة العربية : اللسانيات وتعليم اللغة العربية وتعلمها ، **سلسلة الندوات** عدد ١٤ كلية الآداب والعلوم الإنسانية ، مكناس ، منشورات عكاظ ، الرباط .
- الخطيب ، جمال (١٩٨٨) **تعديل السلوك المبادئ والاجراءات** . عمان : مطابع عمان التعاونية .
- الخياط ، لطيف (٢٠٠٥).لغتنا وتعلمها ، دراسة موضوعية لبعض مفاهيم النظم اللغوية التواصلية .المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم ، **مجلة اللسان العربي** العدد الثامن والخمسين .
- دافيدوف، ل، لندا (١٩٩٢). **مدخل إلى علم النفس**، ط٣ .القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- الزبيدي ، محمد شكر (٢٠٠١).**تربية الأطفال الصم وضعاف السمع** . ليبيا، طرابلس : دار النخلة .
- الزراد ، فيصل محمد خير (١٩٩٠) . **اللغة واضطرابات النطق والكلام** . المملكة العربية السعودية ، الرياض : دار المريخ للنشر.
- زهران ، حامد (٢٠٠٥). **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، ط٤. القاهرة : عالم الكتب .
- زهران، حامد (١٩٩٨).**التوجيه والإرشاد النفسي** ، ط٣ . القاهرة : عالم الكتب.

📖 السرطاوي، عبد العزيز ، وأبو جودة .(٢٠٠٠). **اضطرابات اللغة والكلام** . أكاديمية التربية الخاصة . الرياض، السعودية .

📖 الشخص ، عبد العزيز (١٩٩٧). **اضطرابات النطق والكلام** . الرياض : مكتبة الصفحات الذهبية .

📖 الشناوي ، محمد (١٩٩٦).**العملية الإرشادية والعلاجية** . القاهرة : دار غريب للنشر.

📖 الطيب ، محمد (١٩٩٤) . **تيارات جديدة في العلاج النفسي** .الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية.

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (١٩٩٩) . **طرق التدريس العامة** . ليبيا ، الزاوية : المكتبة الجامعة .

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (٢٠٠٣). **تعديل السلوك** ،ط٢ . عمان : دار وائل للنشر.

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (٢٠٠٨) . **مدخل إلى التربية الخاصة، ط٢** . عمان : دار وائل للنشر.

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (٢٠٠٨). **صعوبات التعلم، ط٢** . عمان : دار وائل للنشر.

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (٢٠٠٩) . **التوحد** . عمان : دار وائل للنشر.

📖 الظاهر ، قحطان أحمد (٢٠١٠) . **مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق** ، ط٢. عمان : دار وائل للنشر

📖 العبد الله ، سهير محمود أمين (٢٠٠٥). **اضطرابات اللغة والكلام** . القاهرة : عالم الكتب .

📖 عبد الواحد ، هدى (١٩٩٨). التلعثم وعلاقته بمستوى الطموح لدى تلميذات المرحلة الإعدادية . **رسالة ماجستير** : معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس .

📖 الفوزان ، عبد الرحمن بن ابراهيم (١٤٢٨هـ) **دروس في النظام الصوتي**. المملكة العربية السعودية .

📖 القذافي ، رمضان محمد (١٩٩٧) . **التوجيه والإرشاد النفسي** . طرابلس : دار الرواد .

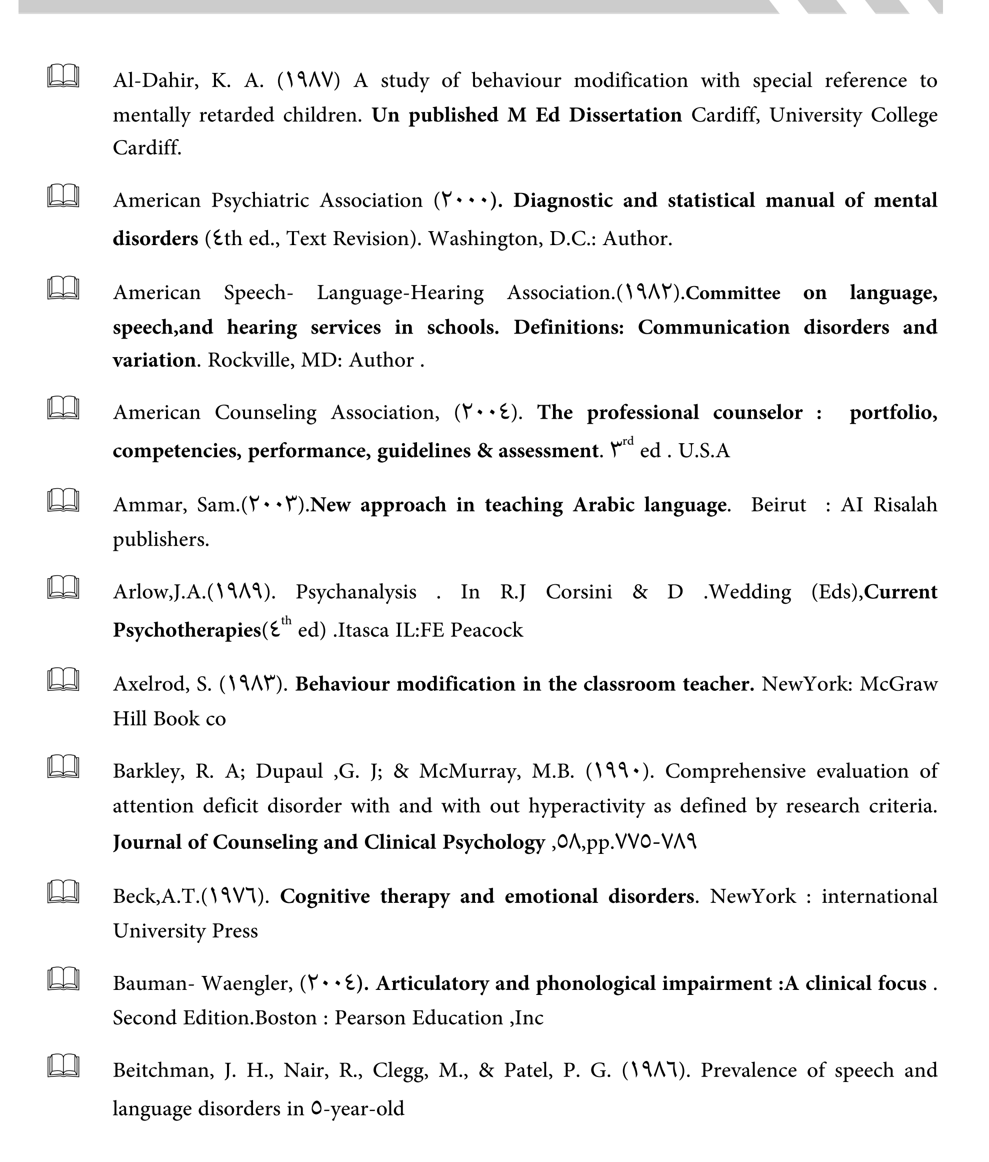
📖 قطاية ،ميس (٢٠٠٤).**العلاج بالموسيقى في الطب العربي** . سوريا ، حلب: جامعة حلب .

📖 محمد ،عبد المنعم عبد الله (١٩٨٨). **المقطع الصوتي في ضوء تراثنا اللغوي**. القاهرة : مطبعة الجبلاوي .

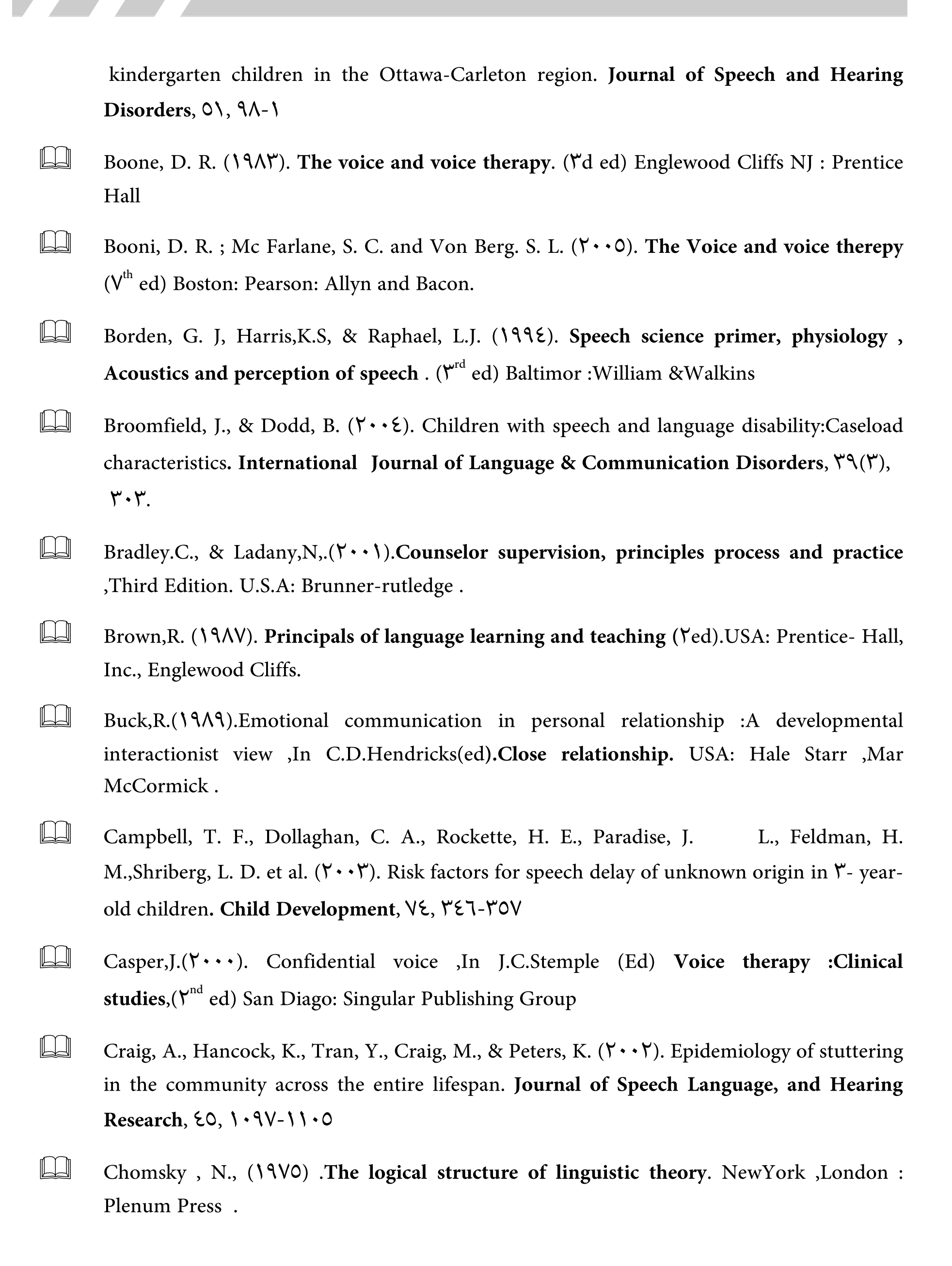
📖 مردان ، نجم الدين على ، الساقي ، فاضل مصطفى (١٩٩٠) **. التنمية اللغوية للطفل في السنوات المبكرة (الحضانة ورياض الأطفال)** . العراق ، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ، جامعة بغداد .

📖 مليكة ، كامل لويس (١٩٩٤) **العلاج السلوكي الانفعالي وتعديل السلوك**، ط٢ . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

المراجع الأجنبية



- Al-Dahir, K. A. (١٩٨٧) A study of behaviour modification with special reference to mentally retarded children. **Un published M Ed Dissertation** Cardiff, University College Cardiff.
- American Psychiatric Association (٢٠٠٠**). Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (٤th ed., Text Revision). Washington, D.C.: Author.
- American Speech- Language-Hearing Association.(١٩٨٢).**Committee on language, speech,and hearing services in schools. Definitions: Communication disorders and variation**. Rockville, MD: Author .
- American Counseling Association, (٢٠٠٤). **The professional counselor : portfolio, competencies, performance, guidelines & assessment**. ٣rd ed . U.S.A
- Ammar, Sam.(٢٠٠٣).**New approach in teaching Arabic language**. Beirut : AI Risalah publishers.
- Arlow,J.A.(١٩٨٩). Psychanalysis . In R.J Corsini & D .Wedding (Eds),**Current Psychotherapies**(٤th ed) .Itasca IL:FE Peacock
- Axelrod, S. (١٩٨٣). **Behaviour modification in the classroom teacher.** NewYork: McGraw Hill Book co
- Barkley, R. A; Dupaul ,G. J; & McMurray, M.B. (١٩٩٠). Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and with out hyperactivity as defined by research criteria. **Journal of Counseling and Clinical Psychology** ,٥٨,pp.٧٧٥-٧٨٩
- Beck,A.T.(١٩٧٦). **Cognitive therapy and emotional disorders**. NewYork : international University Press
- Bauman- Waengler, (٢٠٠٤**). Articulatory and phonological impairment :A clinical focus** . Second Edition.Boston : Pearson Education ,Inc
- Beitchman, J. H., Nair, R., Clegg, M., & Patel, P. G. (١٩٨٦). Prevalence of speech and language disorders in ٥-year-old



kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, ٥١, ٩٨-١

Boone, D. R. (١٩٨٣). **The voice and voice therapy**. (٣d ed) Englewood Cliffs NJ : Prentice Hall

Booni, D. R. ; Mc Farlane, S. C. and Von Berg. S. L. (٢٠٠٥). **The Voice and voice therepy** (٧th ed) Boston: Pearson: Allyn and Bacon.

Borden, G. J, Harris,K.S, & Raphael, L.J. (١٩٩٤). **Speech science primer, physiology , Acoustics and perception of speech** . (٣rd ed) Baltimor :William &Walkins

Broomfield, J., & Dodd, B. (٢٠٠٤). Children with speech and language disability:Caseload characteristics**. International Journal of Language & Communication Disorders**, ٣٩(٣), ٣٠٣.

Bradley.C., & Ladany,N,.(٢٠٠١).**Counselor supervision, principles process and practice** ,Third Edition. U.S.A: Brunner-rutledge .

Brown,R. (١٩٨٧). **Principals of language learning and teaching** (٢ed).USA: Prentice- Hall, Inc., Englewood Cliffs.

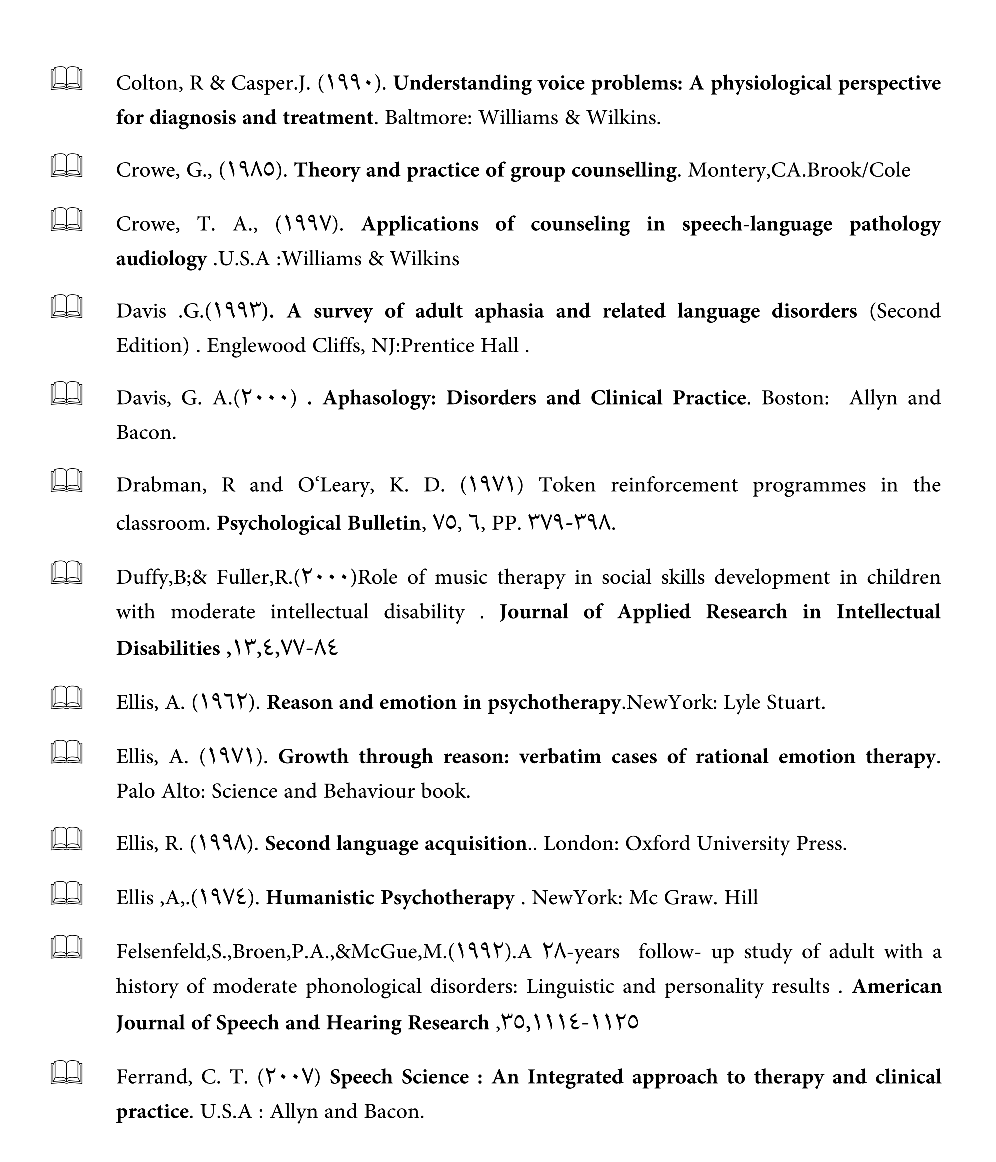
Buck,R.(١٩٨٩).Emotional communication in personal relationship :A developmental interactionist view ,In C.D.Hendricks(ed)**.Close relationship.** USA: Hale Starr ,Mar McCormick .

Campbell, T. F., Dollaghan, C. A., Rockette, H. E., Paradise, J. L., Feldman, H. M.,Shriberg, L. D. et al. (٢٠٠٣). Risk factors for speech delay of unknown origin in ٣- year-old children**. Child Development**, ٧٤, ٣٤٦-٣٥٧

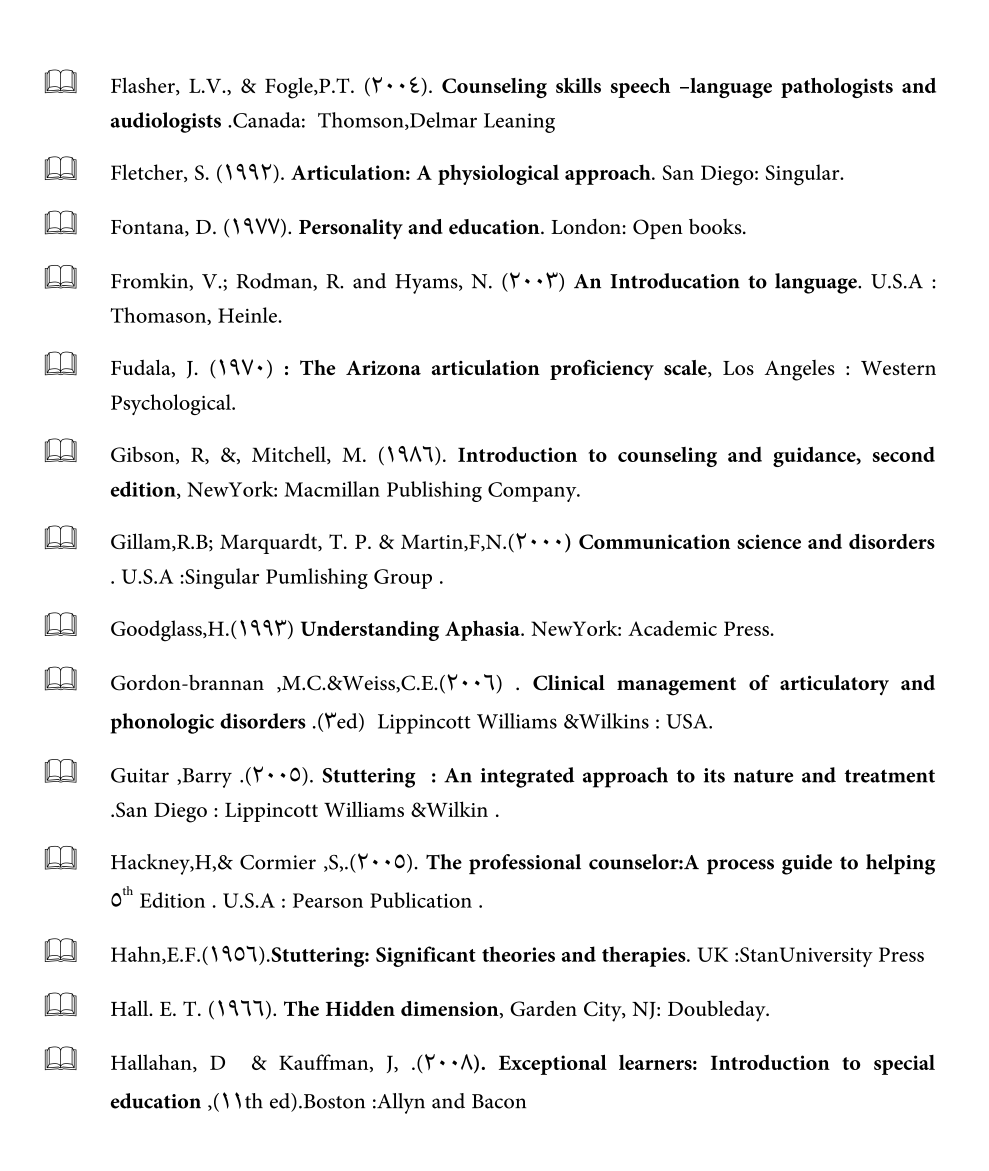
Casper,J.(٢٠٠٠). Confidential voice ,In J.C.Stemple (Ed) **Voice therapy :Clinical studies**,(٢nd ed) San Diago: Singular Publishing Group

Craig, A., Hancock, K., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (٢٠٠٢). Epidemiology of stuttering in the community across the entire lifespan. **Journal of Speech Language, and Hearing Research**, ٤٥, ١٠٩٧-١١٠٥

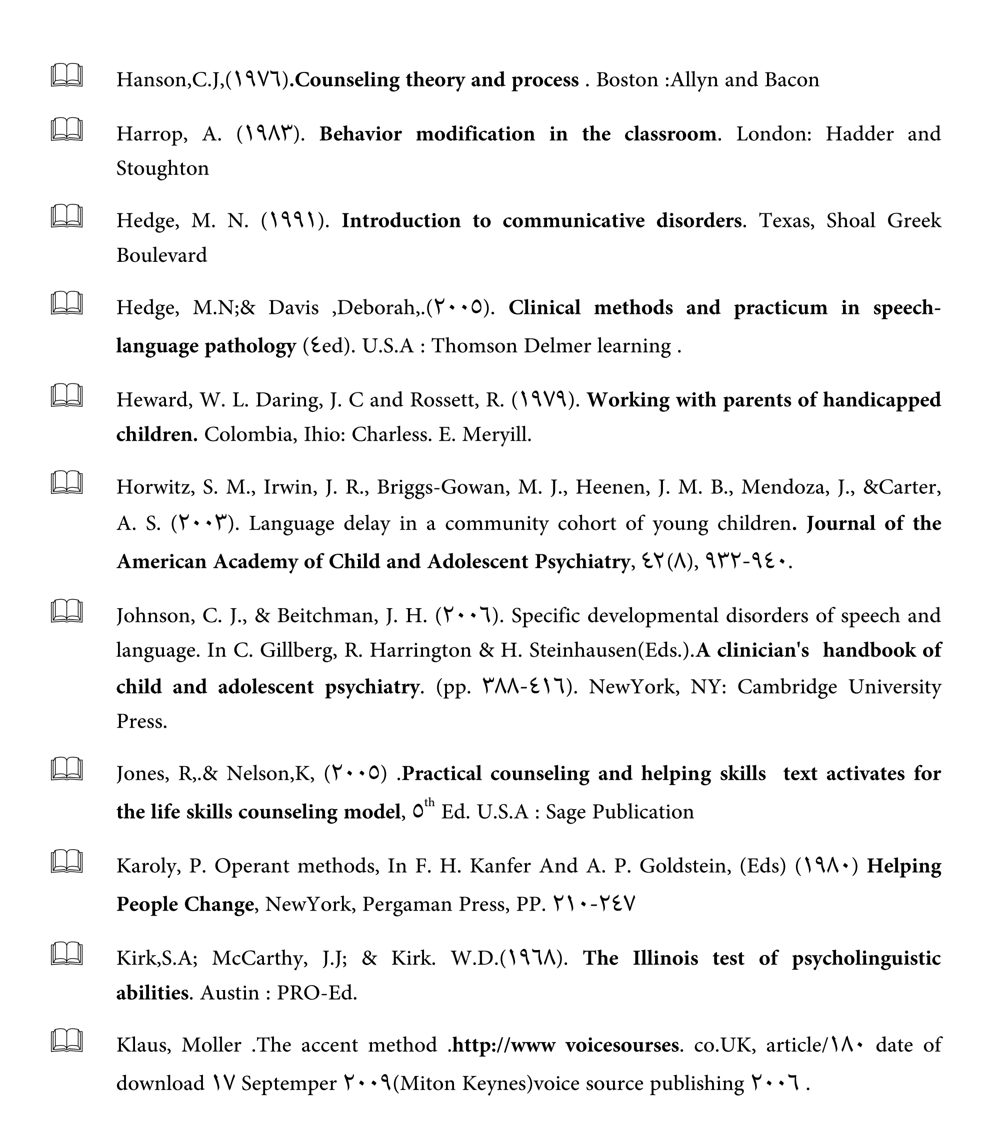
Chomsky , N., (١٩٧٥) .**The logical structure of linguistic theory**. NewYork ,London : Plenum Press .



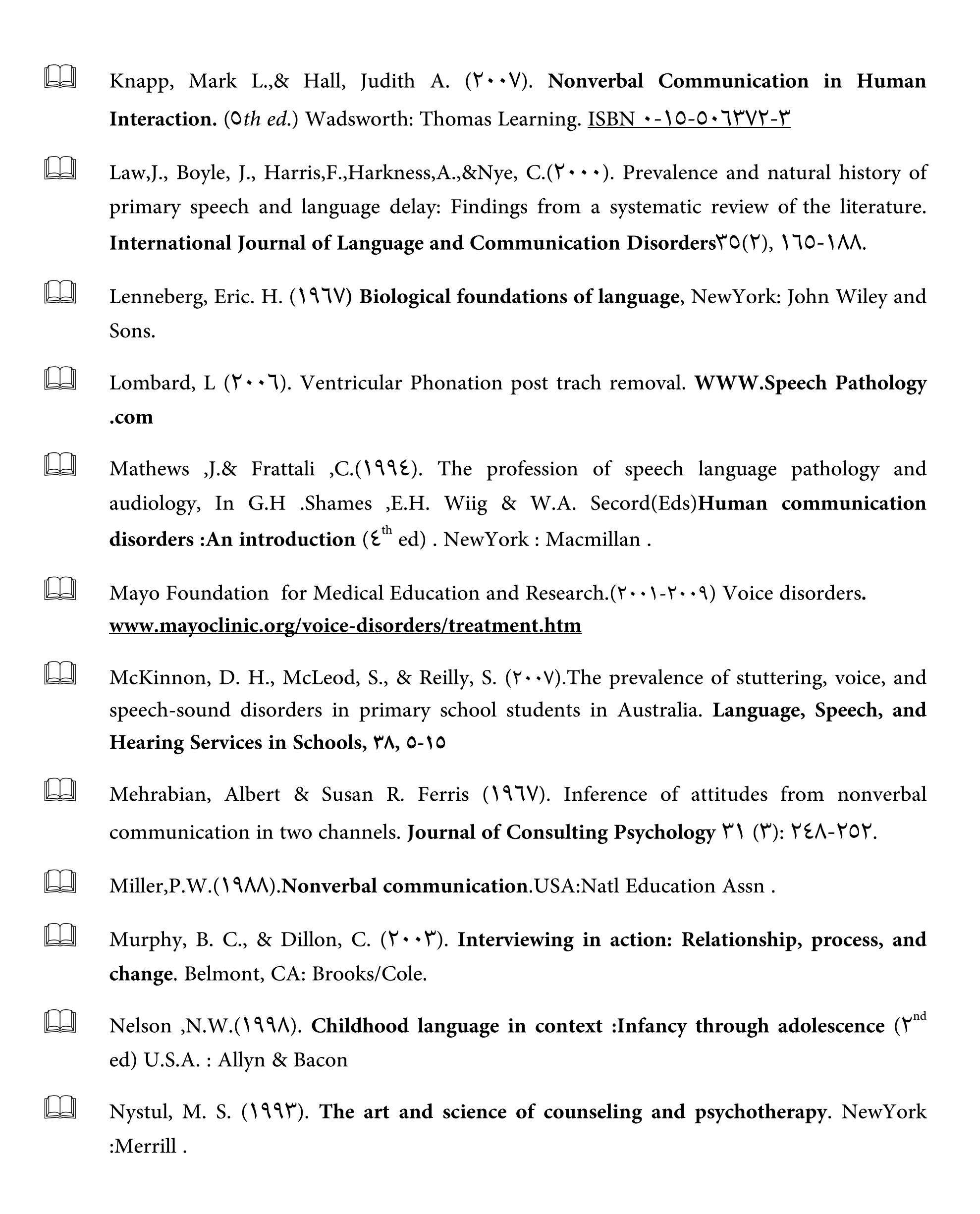
- Colton, R & Casper.J. (١٩٩٠). **Understanding voice problems: A physiological perspective for diagnosis and treatment**. Baltmore: Williams & Wilkins.
- Crowe, G., (١٩٨٥). **Theory and practice of group counselling**. Montery,CA.Brook/Cole
- Crowe, T. A., (١٩٩٧). **Applications of counseling in speech-language pathology audiology** .U.S.A :Williams & Wilkins
- Davis .G.(١٩٩٣**). A survey of adult aphasia and related language disorders** (Second Edition) . Englewood Cliffs, NJ:Prentice Hall .
- Davis, G. A.(٢٠٠٠) **. Aphasology: Disorders and Clinical Practice**. Boston: Allyn and Bacon.
- Drabman, R and O'Leary, K. D. (١٩٧١) Token reinforcement programmes in the classroom. **Psychological Bulletin**, ٧٥, ٦, PP. ٣٧٩-٣٩٨.
- Duffy,B;& Fuller,R.(٢٠٠٠)Role of music therapy in social skills development in children with moderate intellectual disability . **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities** ,١٣,٤,٧٧-٨٤
- Ellis, A. (١٩٦٢). **Reason and emotion in psychotherapy**.NewYork: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (١٩٧١). **Growth through reason: verbatim cases of rational emotion therapy**. Palo Alto: Science and Behaviour book.
- Ellis, R. (١٩٩٨). **Second language acquisition**.. London: Oxford University Press.
- Ellis ,A,.(١٩٧٤). **Humanistic Psychotherapy** . NewYork: Mc Graw. Hill
- Felsenfeld,S.,Broen,P.A.,&McGue,M.(١٩٩٢).A ٢٨-years follow- up study of adult with a history of moderate phonological disorders: Linguistic and personality results . **American Journal of Speech and Hearing Research** ,٣٥,١١١٤-١١٢٥
- Ferrand, C. T. (٢٠٠٧) **Speech Science : An Integrated approach to therapy and clinical practice**. U.S.A : Allyn and Bacon.



- Flasher, L.V., & Fogle,P.T. (٢٠٠٤). **Counseling skills speech –language pathologists and audiologists** .Canada: Thomson,Delmar Leaning
- Fletcher, S. (١٩٩٢). **Articulation: A physiological approach**. San Diego: Singular.
- Fontana, D. (١٩٧٧). **Personality and education**. London: Open books.
- Fromkin, V.; Rodman, R. and Hyams, N. (٢٠٠٣) **An Introducation to language**. U.S.A : Thomason, Heinle.
- Fudala, J. (١٩٧٠) **: The Arizona articulation proficiency scale**, Los Angeles : Western Psychological.
- Gibson, R, &, Mitchell, M. (١٩٨٦). **Introduction to counseling and guidance, second edition**, NewYork: Macmillan Publishing Company.
- Gillam,R.B; Marquardt, T. P. & Martin,F,N.(٢٠٠٠) **Communication science and disorders** . U.S.A :Singular Pumlishing Group .
- Goodglass,H.(١٩٩٣) **Understanding Aphasia**. NewYork: Academic Press.
- Gordon-brannan ,M.C.&Weiss,C.E.(٢٠٠٦) . **Clinical management of articulatory and phonologic disorders** .(٣ed) Lippincott Williams &Wilkins : USA.
- Guitar ,Barry .(٢٠٠٥). **Stuttering : An integrated approach to its nature and treatment** .San Diego : Lippincott Williams &Wilkin .
- Hackney,H,& Cormier ,S,.(٢٠٠٥). **The professional counselor:A process guide to helping** ٥th Edition . U.S.A : Pearson Publication .
- Hahn,E.F.(١٩٥٦).**Stuttering: Significant theories and therapies**. UK :StanUniversity Press
- Hall. E. T. (١٩٦٦). **The Hidden dimension**, Garden City, NJ: Doubleday.
- Hallahan, D & Kauffman, J, .(٢٠٠٨**). Exceptional learners: Introduction to special education** ,(١١th ed).Boston :Allyn and Bacon



- Hanson,C.J,(١٩٧٦).**Counseling theory and process** . Boston :Allyn and Bacon
- Harrop, A. (١٩٨٣). **Behavior modification in the classroom**. London: Hadder and Stoughton
- Hedge, M. N. (١٩٩١). **Introduction to communicative disorders**. Texas, Shoal Greek Boulevard
- Hedge, M.N;& Davis ,Deborah,.(٢٠٠٥). **Clinical methods and practicum in speech-language pathology** (٤ed). U.S.A : Thomson Delmer learning .
- Heward, W. L. Daring, J. C and Rossett, R. (١٩٧٩). **Working with parents of handicapped children.** Colombia, Ihio: Charless. E. Meryill.
- Horwitz, S. M., Irwin, J. R., Briggs-Gowan, M. J., Heenen, J. M. B., Mendoza, J., &Carter, A. S. (٢٠٠٣). Language delay in a community cohort of young children**. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, ٤٢(٨), ٩٣٢-٩٤٠.
- Johnson, C. J., & Beitchman, J. H. (٢٠٠٦). Specific developmental disorders of speech and language. In C. Gillberg, R. Harrington & H. Steinhausen(Eds.).**A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry**. (pp. ٣٨٨-٤١٦). NewYork, NY: Cambridge University Press.
- Jones, R,.& Nelson,K, (٢٠٠٥) .**Practical counseling and helping skills text activates for the life skills counseling model**, ٥th Ed. U.S.A : Sage Publication
- Karoly, P. Operant methods, In F. H. Kanfer And A. P. Goldstein, (Eds) (١٩٨٠) **Helping People Change**, NewYork, Pergaman Press, PP. ٢١٠-٢٤٧
- Kirk,S.A; McCarthy, J.J; & Kirk. W.D.(١٩٦٨). **The Illinois test of psycholinguistic abilities**. Austin : PRO-Ed.
- Klaus, Moller .The accent method .**http://www voicesourses**. co.UK, article/١٨٠ date of download ١٧ Septemper ٢٠٠٩(Miton Keynes)voice source publishing ٢٠٠٦ .



- Knapp, Mark L.,& Hall, Judith A. (٢٠٠٧). **Nonverbal Communication in Human Interaction.** (٥*th ed.*) Wadsworth: Thomas Learning. ISBN ٠-١٥-٥٠٦٣٧٢-٣

- Law,J., Boyle, J., Harris,F.,Harkness,A.,&Nye, C.(٢٠٠٠). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: Findings from a systematic review of the literature. **International Journal of Language and Communication Disorders**٣٥(٢), ١٦٥-١٨٨.

- Lenneberg, Eric. H. (١٩٦٧) **Biological foundations of language**, NewYork: John Wiley and Sons.

- Lombard, L (٢٠٠٦). Ventricular Phonation post trach removal. **WWW.Speech Pathology .com**

- Mathews ,J.& Frattali ,C.(١٩٩٤). The profession of speech language pathology and audiology, In G.H .Shames ,E.H. Wiig & W.A. Secord(Eds)**Human communication disorders :An introduction** (٤th ed) . NewYork : Macmillan .

- Mayo Foundation for Medical Education and Research.(٢٠٠١-٢٠٠٩) Voice disorders**.** **www.mayoclinic.org/voice-disorders/treatment.htm**

- McKinnon, D. H., McLeod, S., & Reilly, S. (٢٠٠٧).The prevalence of stuttering, voice, and speech-sound disorders in primary school students in Australia. **Language, Speech, and Hearing Services in Schools, ٣٨, ٥-١٥**

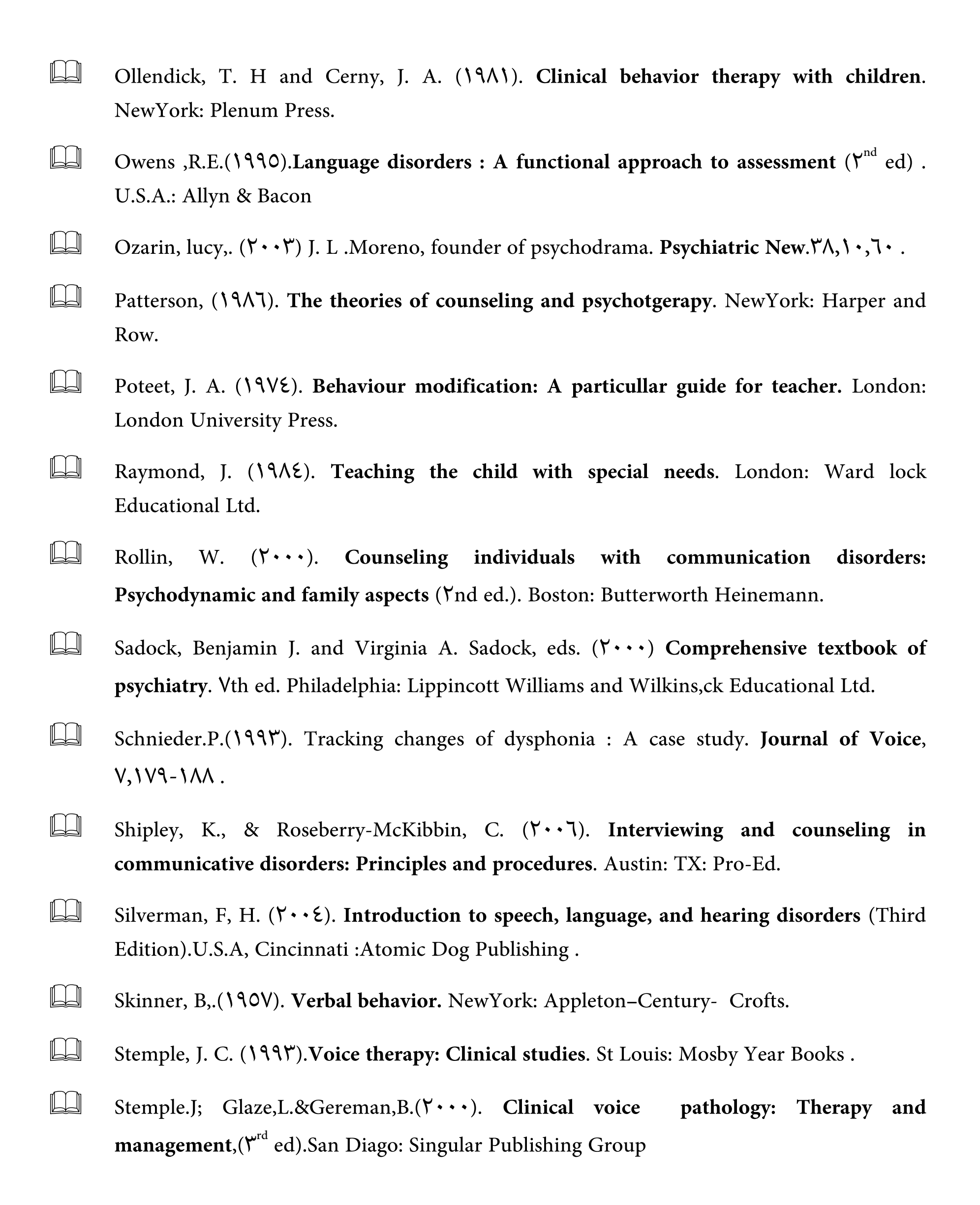
- Mehrabian, Albert & Susan R. Ferris (١٩٦٧). Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. **Journal of Consulting Psychology** ٣١ (٣): ٢٤٨-٢٥٢.

- Miller,P.W.(١٩٨٨).**Nonverbal communication**.USA:Natl Education Assn .

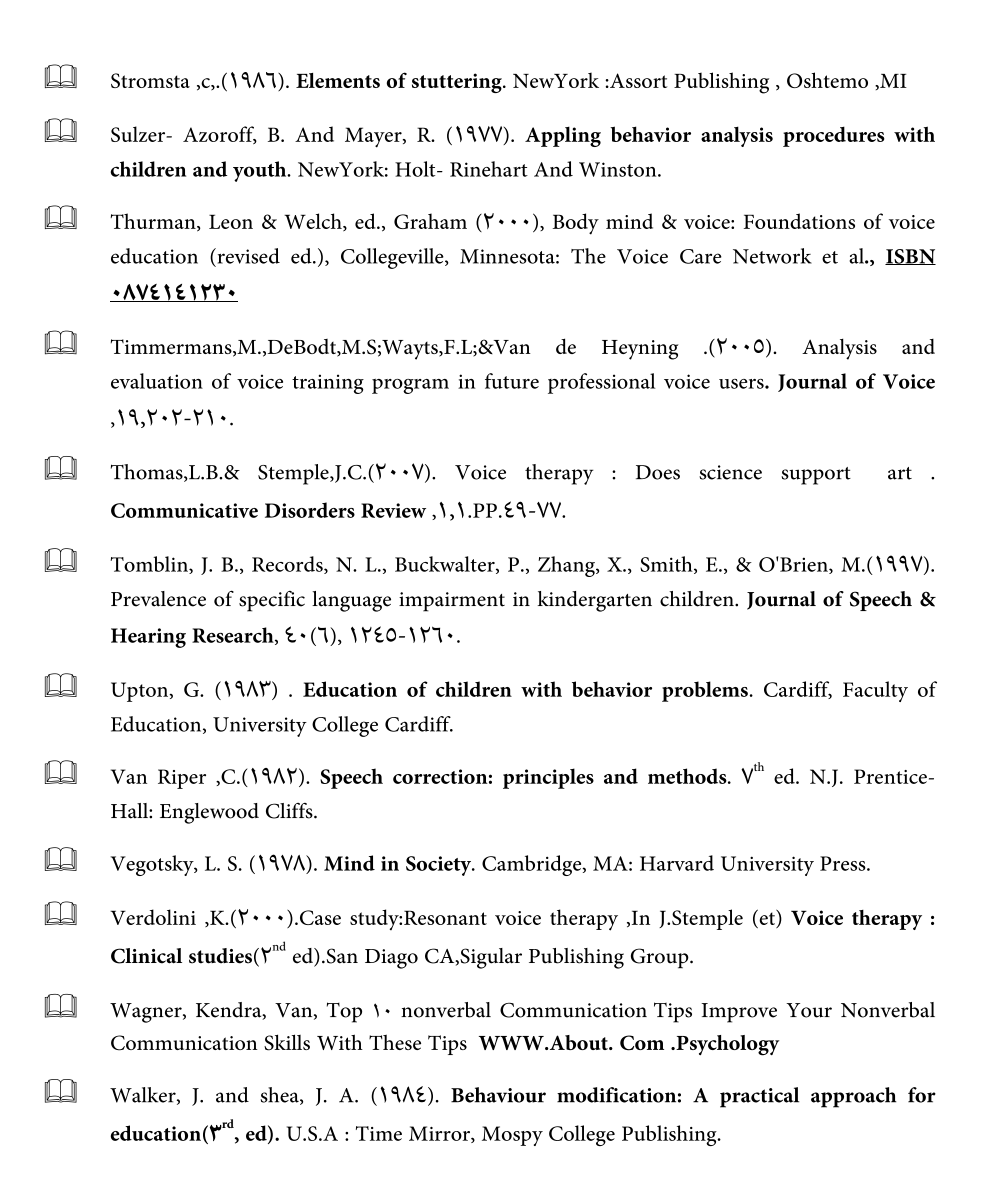
- Murphy, B. C., & Dillon, C. (٢٠٠٣). **Interviewing in action: Relationship, process, and change**. Belmont, CA: Brooks/Cole.

- Nelson ,N.W.(١٩٩٨). **Childhood language in context :Infancy through adolescence** (٢nd ed) U.S.A. : Allyn & Bacon

- Nystul, M. S. (١٩٩٣). **The art and science of counseling and psychotherapy**. NewYork :Merrill .



- Ollendick, T. H and Cerny, J. A. (١٩٨١). **Clinical behavior therapy with children**. NewYork: Plenum Press.
- Owens ,R.E.(١٩٩٥).**Language disorders : A functional approach to assessment** (٢nd ed) . U.S.A.: Allyn & Bacon
- Ozarin, lucy,. (٢٠٠٣) J. L .Moreno, founder of psychodrama. **Psychiatric New**.٣٨,١٠,٦٠ .
- Patterson, (١٩٨٦). **The theories of counseling and psychotgerapy**. NewYork: Harper and Row.
- Poteet, J. A. (١٩٧٤). **Behaviour modification: A particullar guide for teacher.** London: London University Press.
- Raymond, J. (١٩٨٤). **Teaching the child with special needs**. London: Ward lock Educational Ltd.
- Rollin, W. (٢٠٠٠). **Counseling individuals with communication disorders: Psychodynamic and family aspects** (٢nd ed.). Boston: Butterworth Heinemann.
- Sadock, Benjamin J. and Virginia A. Sadock, eds. (٢٠٠٠) **Comprehensive textbook of psychiatry**. Vth ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins,ck Educational Ltd.
- Schnieder.P.(١٩٩٣). Tracking changes of dysphonia : A case study. **Journal of Voice**, ٧,١٧٩-١٨٨ .
- Shipley, K., & Roseberry-McKibbin, C. (٢٠٠٦). **Interviewing and counseling in communicative disorders: Principles and procedures**. Austin: TX: Pro-Ed.
- Silverman, F, H. (٢٠٠٤). **Introduction to speech, language, and hearing disorders** (Third Edition).U.S.A, Cincinnati :Atomic Dog Publishing .
- Skinner, B,.(١٩٥٧). **Verbal behavior.** NewYork: Appleton–Century- Crofts.
- Stemple, J. C. (١٩٩٣).**Voice therapy: Clinical studies**. St Louis: Mosby Year Books .
- Stemple.J; Glaze,L.&Gereman,B.(٢٠٠٠). **Clinical voice pathology: Therapy and management**,(٣rd ed).San Diago: Singular Publishing Group



- Stromsta ,c,.(١٩٨٦). **Elements of stuttering**. NewYork :Assort Publishing , Oshtemo ,MI

- Sulzer- Azoroff, B. And Mayer, R. (١٩٧٧). **Appling behavior analysis procedures with children and youth**. NewYork: Holt- Rinehart And Winston.

- Thurman, Leon & Welch, ed., Graham (٢٠٠٠), Body mind & voice: Foundations of voice education (revised ed.), Collegeville, Minnesota: The Voice Care Network et al**., ISBN ٠٨٧٤١٤١٢٣٠**

- Timmermans,M.,DeBodt,M.S;Wayts,F.L;&Van de Heyning .(٢٠٠٥). Analysis and evaluation of voice training program in future professional voice users**. Journal of Voice** ,١٩,٢٠٢-٢١٠.

- Thomas,L.B.& Stemple,J.C.(٢٠٠٧). Voice therapy : Does science support art . **Communicative Disorders Review** ,١,١.PP.٤٩-٧٧.

- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M.(١٩٩٧). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. **Journal of Speech & Hearing Research**, ٤٠(٦), ١٢٤٥-١٢٦٠.

- Upton, G. (١٩٨٣) . **Education of children with behavior problems**. Cardiff, Faculty of Education, University College Cardiff.

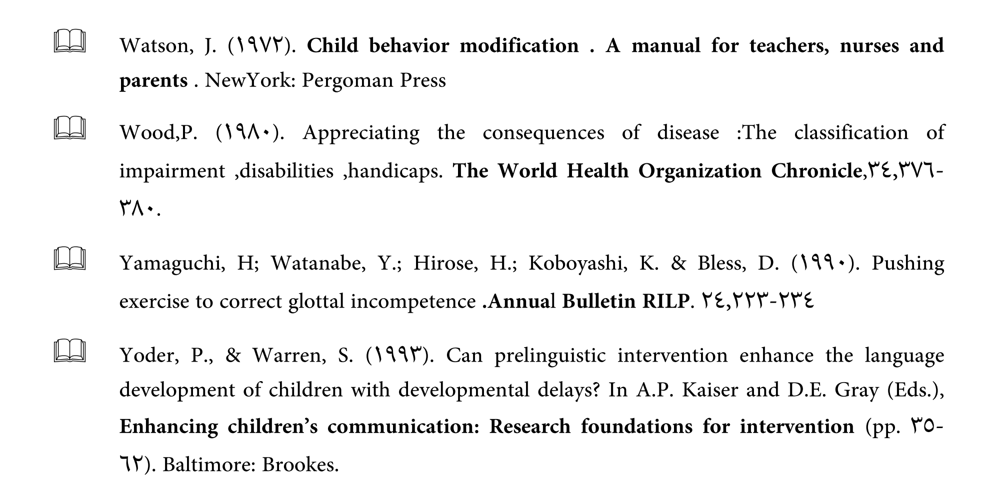
- Van Riper ,C.(١٩٨٢). **Speech correction: principles and methods**. ٧th ed. N.J. Prentice-Hall: Englewood Cliffs.

- Vegotsky, L. S. (١٩٧٨). **Mind in Society**. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Verdolini ,K.(٢٠٠٠).Case study:Resonant voice therapy ,In J.Stemple (et) **Voice therapy : Clinical studies**(٢nd ed).San Diago CA,Sigular Publishing Group.

- Wagner, Kendra, Van, Top ١٠ nonverbal Communication Tips Improve Your Nonverbal Communication Skills With These Tips **WWW.About. Com .Psychology**

- Walker, J. and shea, J. A. (١٩٨٤). **Behaviour modification: A practical approach for education(٣rd, ed).** U.S.A : Time Mirror, Mospy College Publishing.



- Watson, J. (١٩٧٢). **Child behavior modification . A manual for teachers, nurses and parents** . NewYork: Pergoman Press
- Wood,P. (١٩٨٠). Appreciating the consequences of disease :The classification of impairment ,disabilities ,handicaps. **The World Health Organization Chronicle**,٣٤,٣٧٦-٣٨٠.
- Yamaguchi, H; Watanabe, Y.; Hirose, H.; Koboyashi, K. & Bless, D. (١٩٩٠). Pushing exercise to correct glottal incompetence **.Annual Bulletin RILP**. ٢٤,٢٢٣-٢٣٤
- Yoder, P., & Warren, S. (١٩٩٣). Can prelinguistic intervention enhance the language development of children with developmental delays? In A.P. Kaiser and D.E. Gray (Eds.), **Enhancing children's communication: Research foundations for intervention** (pp. ٣٥-٦٢). Baltimore: Brookes.



اضطرابات اللغة والكلام





